UNIVERSITE D'ALGER

Faculté Mixte de Médecine et de Pharmacie

ANNEE 1970 N° .....

L'ASSISTANCE PSYCHIATRIQUE EXTRA-HOSPITALIERE DANS LE GRAND-ALGER

THESE
POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 1970

PAR

BAKIRI Mohamed-Abdel-Fettah

NÉ LE 28 SEPTEMBRE 1943 à COLLO

MEMBRES DU JURY

MM.	M.A. MERIOUA	Professeur de Pathologie médicale	PRÉSIDENT
	Kh. BENMILOUD	Maître de conférences agrégé de Psychiatrie	JUGES
	L. KEBBOUCHE	Maître de conférences agrégé d'Hygiène	
	B. MENTOURI	Maître de conférences agrégé de Chirurgie	

UNIVERSITE D'ALGER

Faculté Mixte de Médecine et de Pharmacie

ANNEE 1970 N° .....

L'ASSISTANCE PSYCHIATRIQUE EXTRA-HOSPITALIERE DANS LE GRAND-ALGER

THESE
POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 1970

PAR

BAKIRI Mohamed-Abdel-Fettah

NÉ LE 28 SEPTEMBRE 1943 à COLLO

MEMBRES DU JURY

MM.	M.A. MERIOUA	Professeur de Pathologie médicale	PRÉSIDENT
	Kh. BENMILOUD	Maître de conférences agrégé de Psychiatrie	JUGES
	L.KEBBOUCHE	Maître de conférences agrégé d'Hygiène	
	B.MENTOURI	Maître de conférences agrégé de Chirurgie	

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41536522_0012

Je dédie cette thèse

à la mémoire de Mon Père

à la mémoire e ma grand-mère Zohra

à la mémoire de mon oncle Bourhaneddine GaTY.

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

- A Ma Mère
- A MALIKA
- A FAWZI, à FEHMI et à FARID
- A mon oncle, Me Hacène GATY et Madame
- A Cherif BAKIRI
- A Tous mes amis

A notre Maître et Président de Thèse

Monsieur le Professeur MERIOUA
Professeur de Pathologie Médicale

dont les conseils et l'enseignement nous ont été si précieux tout au long de nos études.

Il nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Nous le prions de trouver ici l'assurance de notre profonde gratitude et notre respectueux attachement.

A nos Juges

Monsieur le Professeur Agrégé BENMILOUD
Agrégé de Psychiatrie

Nous avons eu l'honneur de faire partie de son équipe médicale.
Dans la réalisation de ce travail, nous avons trouvé en lui le guide précieux et toujours avenant.
Nous l'assurons de notre profonde gratitude et de notre respectueux attachement.

Monsieur le Professeur Agrégé KEBBOUCHE
Agrégé d'Hygiène

Il a accepté avec beaucoup de bienveillance de juger ce modeste travail.
Nous l'en remercions et lui exprimons notre vive gratitude.

Monsieur le Professeur Agrégé MENTOURI
Agrégé de Chirurgie

Nous avons pu, durant notre stage clinique dans son service, bénéficier de son enseignement riche d'expérience.
Nous le prions de trouver ici l'expression de toute notre reconnaissance et de notre dévouement.

- SERMENT D'HIPPOCRATE -

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et selon la tradition d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque.

TABLE DES MATIERES

	Pages
INTRODUCTION	3
PREMIERE PARTIE	8
- Chapitre I ..... Le Grand-Alger	9
- Chapitre 2 ..... ETude Psychosociologique Analytique de la Population du Grand-Alger.	13
- Chapitre 3 ..... Etude Dynamique de la Société Algéroise La vie dans la Grand-Alger.	20
DEUXIEME PARTIE	34
- Chapitre I..... Ia Psychiatrie dans le Grand-Alger. Morbidité et infrastructure de Lutte.	35
- Chapitre 2 ..... Interêt des chimiothérapies à effet prolongé dans les traitements extra-hospitaliers. L'Oeunanthate de fluphénazine.	47
- Chapitre 3 ..... Pour une Psychiatrie extra-hospitalière dans le Grand-Alger.	53
CONCLUSIONS	73
ANNEXES	76
BIBLIOGRAPHIE	87

"Faire le mieux qu'on peut avec ce qu'on a"

M.A. WOODBURY

- INTRODUCTION -

L'Algérie, "Carrefour de Civilisation" devenu Jeune Nation de près de 13 Millions d'Hommes, n'échappe pas au Destin qui frappe durement, en cette 2ème partie du XXè siècle, cet ensemble de pays couverts par le concept de "Tiers-Monde" mais qui, paur la plupart, ne présentent d'autre point commun que leur état de sous développement économique.

L'on a beaucoup écrit, avec plus ou moins de justesse, sur "Le sous-Développement de l'Algérie".

Il n'en demeure pas moins que les études portant sur le sous-développement de l'Algérie en matière de Santé Publique sont rares. Les références retrouvées sont brèves, incomplètes et se résument trop souvent en un énoncé de chiffres globaux, somme toute peu significatifs.

Pourtant la masse de problèmes de Santé Publique est loin d'être négligeable. En outre dans ce même domaine sanitaire, la Psychiatrie a trop souvent "bénéficié" d'un préjugé défavorable la reléguant à un rang de comparse à peine admise.

Aujoud'hui les rapides mutations politiques, économiques, démographiques, sociales et culturelles font apparaître mieux que jamais, la réalité et l'accuité des problèmes de Santé Mentale en Algérie.

Nous avons obéi dans le choix de notre sujet de thèse tout d'abord à la perception, au cours de nos stages cliniques dans les différents services de Psychiatrie d'Alger, de cette réalité.

Par ailleurs nous assistons, essentiellement depuis la fin de la seconde guerre mondiale, à une remise en cause quasi internationale du système asilaire en tant que mode d'assistante et de traitement des malades mentaux.

Le rejet de ce système s'est accompagné sur le plan doctrinal d'une activité de recherche d'une intensité sans précédent, que ce soit en France, dans les pays Anglo Saxons ou dans les pays d'Europe de l'Est.

En témoignent l'extrême abondance de la littérature internationale et le grand nombre de congrés, colloques, journées de Psychiatrie consacrés à l'élaboration d'un système doctrinal nouveau qui réponde à des préoccupations de prévention, qui vise à "désaliéner" la psychiatrie, à la "dynamiser" pour la rendre plus proche de la Société dans laquelle elle se propose d'agir.

LA "Doctrine du Secteur" est issue de cette évolution.

Le corollaire majeur de cette doctrine est l'Organisation extra-Hospitalière de l'ASsistance aux malades mentaux.

Les découvertes de substances psychotropes de plus en plus actives sont venues renforcer et diversifier l'arsenal thérapeutique psychiatrique.

Ces découvertes ont rendu concevable, possible cette organisation Extra-Hospitalière qui constitue assurément une acquisition capitale de la psychiatrie moderne. Acquisition, qui pour être moins spectaculaire, ne nous paraît pas moins comparable à la libération des malades mentaux de leurs chaînes par PINEL en 1793. Ce dernier a permis au "Fou dangereux" objet d'une curiosité morbide d'être considéré comme un malade à vie.

Aujourd'hui il est permis d'envisager pour cet "aliéné" un avenir "dans la cité" et qui lui conserve une activité et une place dans la Société.

La mise au point durant ces dernières années de neuroleptiques à effet Retard est appelée à révolutionner les méthodes de traitement des malades mentaux en confirmant et en accélérant l'évolution actuelle vers un Schéma d'organisation extra-Hospitalière.

Ce troisième élément, en affirmant pour la psychiatrie le caractère de "charnière" de l'époque actuelle, nous a confirmé dans le thème de notre travail.

Pour la Psychiatrie en Algérie ce caractère de "charnière" des années que nous vivons nous paraît être plus frappant encore en raison,

- de l'insuffisance d'infrastructure, d'encadrement médical et para-médical qui, en psychiatrie, est bien plus grave que dans tout autre secteur de Santé Publique.

- de l'adoption du Plan Général de la Politique de Santé Publique qui vise à accorder une place de choix à la médecine préventive par rapport à la médecine eurative.

En somme la conjonture actuelle, politique, règlementaire, sanitaire nous paraît être particulièrement favorable et propice à un changement des méthodes en Psychiatrie.

Le cadre choisi, celui du grand Alger, nous a paru interressant à plus d'un titre.

Le Grand Alger constitue une entité géographique et démographique ayant des limites et des caractères assez bien définis.

C'est une "capitale" assez bien représentative de l'ensemble du pays quant à son peuplement. En outre dans

dans le domaine qui nous interesse ici, celui de la psychiatrie, les difficultés du Grand Alger sont pour le moins aussi sérieuses que celles du restant du pays, alors que les moyens de lutte contre les maladies mentales n'y sont guère plus développés. A cet égard, l'agglomération Algéroise constitue un ensemble assez représentatif de toute l'Algérie.

Le Plan Général de la Politique de Santé Publique, déjà cité, donne la préférence aux unités de soins "légères" (type dispensaires ou centres de Santé) qui permettent des soins "ambulatoires", par rapport aux unités "lourdes" (type Hopital).

L'application, en Santé mentale, de ces directives du Plan, se trouve grandement facilitée dans une agglomération où la concentration humaine est forte et les distances à parcourir réduites.

Cette dernière exigence du Plan, assortie de l'avantage logistique offert par le terrain d'étude nous a amené à ne considérer dans notre travail que l'aspect "Extra-Hospitalièr " de l'Assistance Psychiatrique dans Grand Alger.

Nous proposons pour ce faire un plan d'étude en 2 parties:

- d'abord

la mise en place du cadre et contenu du Grand Alger, en insistant sur les données psycho-Sociologiques qui en constituent à la fois l'originalité et les éléments de départ de toute recherche en matière d'organisation de la lutte contre les maladies mentales.

- ensuite

l'exposé des moyens de lutte existant, l'exposé d'un essai de sectorisation psychiatrique du Grand-Alger ainsi que quelques réflexions et suggestions relatives aux formations extra-hospitalières de lutte contre les maladies mentales.

PREMIERE PARTIE

CHAPITRE I

LE GRAND - ALGER

I - Le Cadre Géo-Administratif

Créé dans son cadre géo-administratif actuel en 1959, le Grand-Alger constitue l'agglomération la plus importante la plus volumineuse et la plus diversifiée d'Algérie.

Capitale de l'Algérie elle occupe une position cotière médiane par rapport à l'Algérie et à l'Afrique du Nord.

Le site d'Alger a l'allure d'un vaste emphithéatre orienté Nord-Nord-Est autour d'une baie en arc de cercle de 17 Km de diamètre.

L'arrière pays montagneux, massif de Bouzaréah, collines du Sahel, Hauteurs d'Alger, au Nord, Nord-Ouest et Ouest, ne ménage qu'un liseré cotier ouvert seulement au Sud-est vers la plaine de la Mitidja.

La ville s'est d'abord développée longitudinalement et parallèllement à la mer avant de s'étendre sur les heuteurs, les dépasser au Nord -Ouest puis de voir actuellement son expansion s'orienter vers la Mitidja par la trouée Sud-Est.

La conséquence majeure de cet accroissement en longueur est aujourd'hui la difficulté des communications difficultés accrue

- par le relief accidenté qui a donné lieu à la constitution de rues étroites, au tracé sinueux,

- par une double et très forte centralisation, de

la ville d'abord (autour du quartier d'Alger-centre - 3ème arrondissement), du pays tout entier ensuite.

Ceci oblige la presque totalité de la population active d'Alger à se déplacer sur les mêmes axes, essentiellement longitudinaux, et aux mêmes heures.

II - Développement Historique de la Ville

Le Grand Alger de I970 est une métropole bien curieuse dont le développement socio-économique s'est effectué par accroups brutaux.

- Petit abri maritime à l'origine, Alger était en I830 une ville de TURQUE d'environ 30.000 Habitants.

- elle devient par la suite une ville EUROPEENNE de colonisation qui en I954 comptait 596.800 Habitants dont 293.000 Européens.

- en I962 avec l'Indépendance de l'Algérie, Alger, devenu entre temps le grand Alger (I959) subit la mutation la plus importante la plus rapide et la plus violente de toute son Histoire.

Cette mutation politique, sociale, humaine en fait en l'espace de quelques semaines une VILLE NOUVELLE : une ville ALGERIENNE.

Au recensement de I966 elle compte 942.800 Habitants dont environ 30.000 étrangers, vivants sur une superficie de I86 Km2.

(cf Annexes 1 - 2 et 3)

Au découpage initial en cinq arrondissements (Bab-El-Oued- Casbah- Centre- Mustapha - Hamma) du grand Alger I959 se sont ajoutés cinq autres arrondissements à disposition concentrique par rapport aux premiers, taillés dans

les anciennes communes de Saint-Eugène, El-Biar, Dely-Ibrahim, Birmandreis, Kouba, Hussein-Dey et Maison Carrée.

Ce périmètre administratif de IO arrondissements n'est en rien limitatif du Grand Alger réel qui englobe de fait, sur le plan économique , social, culturel mais aussi sur le Plan qui nous intéresse, celui de la Santé Publique, les communes sub-urbaines semi-rurales ou industrielles de la couronne.

- à l'ouest : Chéragas, Aïn-Benian
- au Sud : Birkadem, Baba-Ali
- à l'Est : Bordj-El-Kiffan, Dar-El-Beida Bordj-El-Bahri.

De plus dans la direction Est, la zône d'influence s'étend de plus en plus vers la zône industrielle de Rouiba-Reghaïa jusqu'aux pieds de l'Atlas Tellien.

III - Population et Démographie

La Population "en charge" de ce Grand-Alger est estimée aujourd'hui à I.300.000 Habitants. Cette population se caractérise sur le Plan Démographique par :

I - Une forte migration rurale vers la ville

Cette migration amorcée en I954 n'a cessé depuis de s'accentuer. Elle est estimée en moyenne par les services spécialisés à 40.000 Habitants nouveaux par an depuis I962.

Cet exode rural, joint à la translation de quartier à quartier de la population de la ville, a permis de "masquer" dans l'occupation humaine de la ville le départ de la majeure partie de la population européenne. Cependant il ne permet d'expliquer que partiellement l'accroissement phénoménal de la population du grand Alger depuis I962.

La poussée démographique trouve actuellement sa source dans :

2 - L'Accroissement naturel de la population

le taux de natalité à Alger est de 5,56 %
le taux de mortalité est de I,084 %

malgré un taux de mortalité infantile élevée (9I,63 pour mille naissances vivantes) reflet de l'état de sous-développement sanitaire et social dans lequel vit une partie de la Population surtout nouvellement algéroise,

le taux d'accroissement naturel algérois n en demeure pas moins à 4,476 l'un des plus élevés du monde.

Il représente un excédent annuel de naissances sur les décés de 40.000 âmes.

Additionnées aux 40.000 immigrants nouveaux par an cela nous donne un accroissement réel de la Population du Grand Alger de l'ordre de 80.000 personnes par an.

Cette tendance galopante de la démographie Algéroise n'est pas près de s'atténuer. La nuptialité est particulièrement précoce : à 20 ans un tiers des hommes et deux tiers des femmes sont mariés. La politique de planning familial en est encore à ses débuts.

La Famille moyenne compte à Alger 6 à 7 Personnes. Il s'ensuit une grande jeunesse de la population où les moins de 20 ans représentent 57 % de l'ensemble.

- cf annexes 3 - 4 - 5 et 6.

Alger jeune Capitale nouvellement Algérienne d'une jeune Nation est, par rapport à I960, selon l'expression du Secrétariat Social d'Alger,

"UNE VILLE DE NOUVEAUX VENUS"

- CHAPITRE II -

ETUDE PSYCHO-SOCIOLOGIQUE DE LA POPULATION DU GRAND-ALGER

(La Famille Algéroise : Etude Analytique)

Une Ville de Nouveaux-Venus ?
Qu'est-ce à dire pratiquement et dans le domaine Socio culturel pour cette population Algéroise de plus en Plus nombreuse et jeune, de plus en plus bouillonnante et exigeante ?

Elle se trouve en fait confrontée à tous les problèmes qui se posent à des transplantés mais à des transplantés récents et d'un type particulier en raison :

- de leur état et culture préexistants.
- du milieu, le grand-Alger, auquel ils auront à s'adapter même s'il leur faut pour cela le modifier et modeler quelque peu leur personnalité.
- et également des circonstances et de l'importance de cette transplantation massive.

Cette population doit faire face à des problèmes

d'insertion ou de réinsertion sociale, psychologique et culturelle.

C'est à ce point de vue que les difficultés d'adaptation et d'insertion sociale dans son sens large, rejoignent notre présent travail et nous intéressent.

L'incidence sur l'état de santé mentale des populations algéroises, des diverses composantes de ce même problème est importante.

Ces difficultés, nous essaieront dans ce qui va suivre, de les entrevoir à travers les grands pôles autour desquels elles se cristallisent et apparaissent le mieux. Cette population de nouveaux-venus doit en effet :

- se loger
- trouver du travail
- et .... scolariser ses enfants.

La solution de ces problèmes mène à ce que nous conviendront d'appeler, avec le Secrétariat Social d'Alger, "L'Algéroinisation" de la population du Grand Alger, Algérianisée, dans un premier temps.

Cette Algéroinisation est en fait l'identification à la cité, l'intégration tout autant matérielle qu'affective, non point tant d'individus isolés, qui au demeurant sont l'exception, mais surtout et avant tout de "la FAMILLE".

La Famille Fondement de la Société Algérienne et Algéroise :

La Famille, dans la Société algérienne de Culture Arabo-Islamique, demeure actuellement et quelles que soient les circonstances environnantes, l'unité de base réelle, solide, tangible.

La Famille Algérienne reste fondée sur l'Indéfectible solidarité de ses membres.

Ce haut degré de solidarité est la traduction d'une des marques essentielles de la Société Algérienne, sa Conscience Collective.

Le fondement de cette conscience collective est la structure même de la famille, Patriarcale. Agnatique, Endogamique.

- Patriarcale, la famille algérienne l'est par la prééminence accordée en son sein à ses membres mâles et plus particulièrement parmi ces mâles à l'ainé d'entre eux, le chef de famille.

Ce Chef de famille entre les mains duquel se trouvent concentrées d'une manière quasi officielle et effective toutes les prérogatives de Chef de Clan ou de Chef de tribu telles qu'elles existaient dans la famille algérienne originelle et rurale.

Dans la famille algéroise de I970, ce patriarcalisme reste une réalité extrêmement vivace de la structure sociale ; combien même il offre à l'examen un aspect moins rigide et moins caricatural que le patriarcalisme de la famille algérienne originelle.

Ce patriarcalisme demeure une expression physique de la cohésion, de l'unité et de la force de vie qui lient chaque élément d'une famille à chacun des autres membres de cette même famille.

- L'Agnatisme marque fortement la famille Algérienne et constitue son second caractère essentiel. Il régit les structures internes de la famille en une logique très stricte.

"L'Agnatisme, selon la définition qu'en a donné en I967 le Secrétariat Social d'Alger, est un des systèmes familiaux de filiation.

"En famille agnatique, la descendance est unilinéaire et "patrilinéaire. L'enfant est membre du groupe consanguin de son père et n'est pas membre du groupe consanguin de

sa mère",

Ce système agnatico-patriarcal a pour corollaire la définition très précise, dans le groupe social concerné, des positions et types de rapports, relations d'échanges et d'affectivité, de chaque membre du groupe vis à vis de l'ensemble de la famille d'une part, et de chacun des éléments du groupe d'autre part.

Ainsi au nom de ce même système se trouvent établies de façon durable, non seulement la nature mais aussi la qualité et l'intensité des liens existants dans un sens et dans un autre, entre père et fils, mari et femme, frère et soeur, mère et fils et même oncle et neveu etc...

Une fois sa solidité assurée au moyen de ses propres structures internes, fondées sur l'agnatisme et centralisées autour du fait patriarcal, la famille algérienne se protège des influences et intrusions extérieures par l'endogamie.

De l'Endogamie, cette famille originelle use volontiers comme d'une assurance-vie qui tend à réduire au minimum un risque, celui que constitue tout apport étranger ; même si cet apport représente la pérénité du groupe.

La Famille Algérienne veille d'abord à ce que la solidité de son édifice fondée sur la solidarité de ses membres n'en soit pas affectée.

On comprend dans ses conditions que l'Algéroinisation des individus doive passer obligatoirement par l'Algéroinisation préalable des familles.

D'autant que la famille algéroise-1970, d'urbanisation récente est d'implantation plus récente encore dans sa cité.

Elle ne saurait, dans l état actuel d'évolution des mentalités, s'éloigner, si ce n'est par des nuances, du cadre défini plus haut pour la famille algérienne originelle.

Elle demeure cette cellule de base où l'heur ou le malheur de chacun de ses éléments retentit et conditionne profondément l'heur ou le malheur de l'ensemble de ses composants.

Elle est toujours le creuset protecteur de la vie intime des individus.

Gardienne jalouse des traditions et valeurs morales traditionnelles de la société musulmane, elle a traversé sans rien perdre de sa cohésion, les épreuves infligées par I32 années de colonisation et 8 Années de Guerre de libération.

Aujourd'hui, autant qu'hier, elle est la "position de repli" de chacun de ses membres qui ne peut concevoir de développement, d'épanouissement ou de secours en dehors de ce cadre familial.

Albert MEMMI explique ainsi l'étonnante survivance de la famille en lui attribuant un caractère de véritable "valeur - refuge" majeure.

C'est elle écrit-il, "qui a sauvé l'individu du desespoir d'une défaite totale ; mais elle se trouve en échange confirmée, perpétuée, par ce constant apport d'un sang nouveau. Le jeune homme se mariera, se transformera en père de famille dévoué, en frère solidaire, en oncle responsable et, jusqu'à ce qu'il prenne la place du père, en fils respectueux. Tout alors est rentré dans l'ordre : la révolte et le conflit ont abouti à la victoire des parents et de la tradition.

Quels sont les rapports de la famille etde cette rapide étude de psycho-Sociologie familiale algérienne avec l'Assistance Psychiatrique extra-Hospitalière ?

Ils sont évidents - Le lien est plus que symbolique. La Famille seul groupe de relation et d'insertion de chacun de ses membres a toujours "assumé" socialement chacun de ses partenaires imposé par les liens du sang.

Elle l'assumera également dans le domaine de la Santé et mieux que quiconque, dans celui de la Santé mentale en raison de la chronicité désespérante et des rechutes de la plupart des affections mentales.

Une famille "serre toujours les coudes" autour d'un de ses membres atteint de maladie mentale, redouble pour lui d'affection et de soins.

C'est "une épreuve" pour toute la famille, ressentie et finalement acceptée par chacun de ses membres, avec fatalité certes, mais avec beaucoup de courage et toujours sans honte.

Cette attitude de la famille algérienne, vis à vis de son malade mental, faite de bienveillance et de solidarité n'est pas une acquisition récente.

Elle s'inscrit dans une longue tradition de la Société de culture arabo-Islamique, faite d'une tolérance extrême pour les malades mentaux.

Rappelons à cet effet que les premiers hôpitaux organisés pour recevoir des malades mentaux et dont l'histoire nous a rapporté l'existence, sous le nom de "DAR-EL-MARIDINE", ont vu le jour à Baghdad au VIIIème siècle sous le règne de la dynastie Abbasside.

De même Cordoue et l'Espagne Musulmane des Omeyyades ont eu leurs hôpitaux spécialisés réservés au traitement des malades mentaux dès le IXe siècle.

La tolérance de la famille algérienne vis à vis de son malade mental n'est pas tolérance passive. Elle s'accompagne souvent d'une grande disponibilité d'action ; combien de fois n'avons-nous pas entendu ces familles se déclarer "prêtes à supporter tous les sacrifices pour tenter d'obtenir une guérison ou simplement un mieux-être" de son malade.

Cette donnée nous paraît importante surtout dans une Société encore marquée par le Sous-développement économique, le chomage, le sous emploi et où l'insuffisance des moyens de lutte contre les maladies mentales, est bien plus grave que dans tout autre secteur sanitaire.

En Algérie et à Alger l'équation "Malade mental = cas social" est une réalité.

C'est pour cela que la famille, qui reste très souvent le seul groupe de relation et d'insertion du malade mental, garde encore une importance et un rôle tels, qu'il convient d'en tenir le plus grand compte dans toute Organisation d'assistance psychiatrique en Algérie.

- CHAPITRE III -

LA VIE DANS LE GRAND-ALGER
(Etude Dynamique de la Famille Algéroise.)

Notre étude Psycho-Sociologique ne saurait être complète après le deuxième chapitre d'approche de la Famille Algéroise dans son caractère statique.

Nous nous proposons dans ce troisième chapitre d'en faire une étude dynamique à travers ses principales préoccupations et ressources.

Un des caractères frappants de la population algéroise actuelle est sa dynamique d'évolution.

Cette évolution amorcée pendant les années de Guerre de Libération, à Alger même aussi bien que dans tout le pays, s'est particulièrement exprimée et intensifiée depuis 1962.

Le Grand-Alger de 1970 fait penser à un Gigantesque alambic encore en ébullition, où se déroulent en opérations complexes des mutations socio-Culturelles. Il s'y produit des adaptations et des désadaptations, des

destructurations et des restructurations, des consentements et des refus.

Tout ceci en nombre tellement grand et selon une telle diversité, qu'il semble au Secrétariat Social d'Alger "impossible de décider présentement de ce que sera l'Algéroinité de demain".

Le Contexte socio-Economique et historique

Au lendemain de l'Indépendance l'Algérie connaît un bouleversement social qui s'accompagne de la migration des populations et de leur urbanisation beaucoup trop rapide.

D'autre part la guerre qui vient de se terminer était une guerre de type "Guerre Civile" où tous les algériens s'étaient trouvés impliqués d'une façon ou d'une autre.

C'est dire combien les séquelles pathologiques particulières de cette guerre civile auront été fréquentes et marquantes.

Le brassage de populations qui s'est opéré à tous les niveaux des couches sociales, s'est effectué aussi bien dans les villes que dans les campagnes. A Alger, les quatiers populeux sont abandonnés pour ceux plus résidentiels du centre. La campagne est massivement désertée par des familles entières qui viennent se fixer dans "leur Capitale".

La Genèse de ce déracinement massif s'explique aisément pour le fellah et l'ouvrier non qualifié qui débarquent à Alger. Ayant travaillé la terre d'un colon pour un maigre salaire pendant de nombreuses années, l'Indépendance survient pour eux comme une promesse de salut.

Elle permet la vacance de nombreux emplois dans les usines des quartiers industriels, de même que celle des locaux d'habitation jusqu'alors occupés en majeure partie par des Européens.

Cet exode que connaît Alger en quelques mois, se traduit par un apport rural estimé à 600.000 Personnes.

L'Urbanisation- La migration, succédant à la guerre, a donné lieu à une véritable transplantation, à une dislocation totale des cadres ancestraux du druar natal du clan et de la famille.

Les difficultés de l'urbanisation de cette population s'en trouvent accrues d'autant.

Le rural se trouve transplanté dans un cadre inhabituel avec un voisinage inconnu et immédiat. Il se trouve en lutte à un mode de pensée et de vie nouveaux,différents.

Cela aboutit à l'apparition de réactions conflictuelles. Conflits avec la tradition, lorsque le transplanté se pose le problème de son nouveau mode de vie. Conflits avec la famille, surtout chez les adolescents et adultes jeunes, quand se pose le problème de l'acceptation de la discipline patriarcale.

Des conduites pathologiques réactionnelles apparaissent alors faites d'anxiété, d'agressivité et d'Hypochondrie.

Conflits avec la tradition et conflits avec la famille apparaissent comme les soubresauts ou les accidents de parcours des mutations socio-culturelles en présence.

Ces mutations se font principalement à travers les problèmes majeurs auxquels la population se trouve confrontée :

- se loger
- trouver du travail
- scolariser ses nombreux enfants.

SE loger -

Il n'existe assurément que fort peu de familles qui en I970 habitent encore le même quartier le même immeuble ou la même maison qu'en I960.

Les transvasements internes de quartier à quartier déclenchés par le départ des européens au moment de l'Indépendance, se sont faits sous la poussée d'une part des ruraux

et semi-ruraux venant de toutes les contrées et villes d'Algérie, mais aussi et d'autre part sous la poussée interne des quartiers populeux surpeuplés, sur-saturés depuis 1954.

Ainsi pour ce qui est de la Casbah, la densité de population de 3.500 Habitants à l'hectare, avancée en 1960, constituait un record mondial. Le Tableau suivant établi en 1966, représente par rapport à 1960, la situation de chaque arrondissement.

Ier Arrondissement	Bab-El-Oued	+ 30.950 Habitants
2° " "	Casbah	- 40.191 "
3° " "	Centre	+ 28.893 "
4° " "	Mustapha Belcourt	+ 19.096 "
5° " "	Hamma-El-Anasser	- 19.610 "
6° " "	Bologhine-Bouzaréah	- 5.209 "
7° " "	El-Biar Dely-Ibrahim	+ 19.358 "
8° " "	Kouba Hydra	
	Birmandreis	+ 20.281 "
9° " "	Hussein-Dey	- 1.771 "
10° " "	El-Harrach-Baraki	+ 7.466 "

Ces chiffres s'ils donnent une idée même très imparfaite, puisqu'il ne s'agit que de soldes positifs ou négatifs, des mouvements migratoires à l'intérieur des dix arrondissements d'Alger, ne tiennent pas compte des communes de la couronne où ces mouvements ont pris des proportions pour le moins semblables.

L'habitat à Alger est caractérisé par son polymorphisme. Cependant le type d'habitat collectif et haut y domine.

A cet état de fait deux conséquences sont notables :

I°- la première est la grande variabilité des densités de populations d'un quartier à l'autre et même d'un îlot à l'autre, avec pour corollaire l'aggravation des difficultés des communications urbaines.

Le Tableau suivant résume cette situation :

Habitant/hectare	Quartiers ou Cités
> I.500	Haut Bab El Oued - El Kettar Haute Casbah - Diar Djemâa
Entre I.000 et I.500	Bab El Oued - Basse Casbah Mustapha - Champ de Manoeuvres Diar-Eschems - Halles
Entre 600 et I.000	Chateauneuf - Diar El Mahçoul Diar Es Saâda - Cité la Montagne Cité des Dunes - Cité P.I.M.
Entre 200 et 600	Centre-El Harrach - Hamma Belcourt - El Biar -
< 200	Hydra - Lotissement Kouba Bouzaréah - Bologhine -

L'Habitat non homogène du Grand Alger le fait ressembler à une mosaïque de quartiers, secteurs, zônes, cités, lotissements, groupes, immeubles où toutes les couches sociales interfèrent et s'imbriquent.

2°- La seconde conséquence est sur le plan humain et Socio-culturel, la somme de difficultés d'adaptation des

familles à un logement qui en aucun cas ni à aucun moment n'a été conçu pour elles. Appartements trop exigus, haut perchés, largement ouverts sur "la rue étrangère et cosmopolite" recevant péniblement des familles trop nombreuses.

Ces familles n'y retrouvent pas leur conception d'habitat spacieux proche du sol, clos côté rue mais largement ouvert sur lui même côté cour. Tous caractères indispensables à une vie communautaire traditionnelle.

Quant aux bidonvilles "pleins à craquer" de près de 135.000 Habitants en 1959 ils ont été résorbés en grande partie durant les années 1962-1964.

Le recensement de 1966 fait état de la réapparition de 64 Bidonvilles qui groupent en 2.223 baraques 10.703 personnes.

Trouver du Travail dans le Grand Alger

Sur la situation de l'emploi, du sous emploi et du chomage nous avons pu disposer des chiffres fournis par le recensement de 1966.

Ces chiffres sont en deça de la réalité de 1970. Ils sont en effet antérieurs aux développements positifs de l'économie algérienne survenus lors de ses dernières années. Ils sont également antérieurs aux dispositions économiques et sociales contenues dans les programmes Spéciaux de Développement adoptés en faveur des Wilaya deshéritées de l'intérieur du pays.

Ces dispositions dont les effetscommencent à se faire nettement sentir, devraient mettre un frein sérieurx à la "montée" deschomeurs vers Alger.

On est en droit d'espérer, dans un second temps, voir s'inverser le sens de ce mouvement migratoire sous l'effet de ces mêmes mesures.

Le Secrétariat Social d'Alger a entrepris l'analyse des résultats pourle Grand Alger du recensement de I966. Cette analyse l'a amené à établir un profil psychologique du travailleur de chaque catégorie socio-professionnelle mais aussi du chomeur.

En I966 la population active du Grand-Alger a été évaluée à 250.000 personnes soit 24 % de la Population. Autrement dit, une forte proportion (les 3/4 des habitants) était à la charge des premiers.

La répartition par catégorie socio-professionnelle de cette population active, selon les trois secteurs classiques d'activité, s'établissait comme suit :

Professions	Nombre	%
Agriculteurs et exploitants assimilés	9.[illegible]00	[illegible],C4
Salariés agricoles	I5.800	I,[illegible]7
Patrons de l'Industrie, du Commerce et de l'Artisanat	27.[illegible]00	2,[illegible]7
Professions libérales et cadres Supérieurs	7.900	0,[illegible]4
Cadres moyens	I0.400	I,[illegible]0
Employés	2[illegible].[illegible]00	2,95
Ouvriers	7[illegible].200	8,30
Personnels de service	22.400	2,37
Autres Catégories	II.000	I,I[illegible]
Personnes inactives	773.000	77,70
T O T A I	943.000	I00 %

De ce total de 773.000 personnes inactives, il convient de retrancher environ 500.000 personnes d'âge inférieur à 20 ans, 7.900 retraités pensionnés, I3.000 étudiants boursiers de l'Etat, I5.800 Infirmes et I3.800 "résidents absents" pour la plupart travailleurs émigrés.

Le nombre de chomeurs permanents à Alger serait de I00.000 Personnes, Il est en I969 de 650.000 pour l'ensemble du pays. Celui des travailleurs occasionnels affectés par le sous emploi, serait également de I00.000.

Parmi eux 35.000 personnes (4 % dela population totale de la ville) reconnues sans ressources bénéficient de l'Aide Sociale dispensée par la Municipalité au moyen de 7.000 cartes d'indigents distribuées au 30 Avril I968.

Si le travail a été souvent reconnu comme facteur psychopathogène, en raison des difficultés nombreuses que doit surmonter un travailleur non préparé à son emploi, le chomage l'est surement davantage.

Le chomage est en effet vécu comme un échec existentiel. Le chomeur en est profondément affecté dans sa dignité d'homme rendu "inutile et encombrant".

Une composante essentielle de sa personnalité, la virilité, s'en trouve amoindrie et comme écrasée par la culpabilisation développée autour de cet échec social.

Ce vécu pathologique donne lieu au développement de troubles réactionnels de type névrotique ou psychotique conduisant le plus souvent à des déviations sociales telles que toxicomanie, alcoolisme, délinquance, prostitution.

Par ailleurs le quotidien El-Moudjahed estime en Juin I969 à plus de 6.000 le nombre de personnes qui vivant de mendicité ouverte ou déguisée, (petits métiers, cireurs...) sont actuellement à la suite de l'ordonnance du 7 Juin I969 ramenées à leurs wilayas d'origine (80 % d entre eux

sont originaires des régions de l'intérieur du pays) pour être employées à des travaux rémunérés d'utilité publique.

Aussi sombre que puisse paraitre ce tableau, Alger n'en reste pas moins une ville priviligiée par rapport au restant du pays.

La moitié de sa population est "couverte" par la Sécurité Sociale. Un Algérois sur Quatre dispose de ressources alors que la moyenne national est de un salaire pour 7,5 personnes.

"Dans ces conditions, écrit le Secrétariat Social, vivre à Alger est une aubaine.

Quand on habite pas Alger on cherche à y venir, et l'Algérois qu'il se sente adapté ou non à Alger tient à y rester.

De plus pour avoir la part la plus grande possible des ressources que dispense la ville, il est prêt à utiliser tous les moyens, examens, concours, stages, embauches, recommandations, sollicitations, travail noir, travail à la sauvette, pourboires.

Il est prêt à tous les renoncements parfois plus apparents que réels (changement de constume, logement de fortune, conformisme), il est prêt aux compromissions, aux combines parfois même aux malhonnêtetés."

L'avidité de promotion est grande et l'Algérois use volontiers d'une certaine forme de contestation permanente faite de critiques et de reproches.

Faire scolariser ses enfants :

est le 3ème point sensible dont la satisfaction également plus aisée à Alger que partout ailleurs dans le pays, rive l'Algérois à "sa ville".

Car à Alger, l'engouement pour la scolarisation est aussi profond et incommensurable que dans toute l'Algérie.

Pour une famille, faire scolariser ses enfants est un besoin impérieux qui peut, dans l'ordre des priorités, passer avant celui de trouver des ressources ou encore se loger.

L'instruction d'un enfant "assure son avenir" entend on dire communément. Elle constitue également pour les parents le moyen d'affirmer "une revanche" sur un certain passé fait d'analphabétisme, d'obscurantisme et de misère culturelle. Or cette soif légitime de scolarisation est en voie d'être largement satisfaite dans le grand Alger.

Le nombre d'enfants scolarisés est en forte progression d'une année sur l'autre.

Le taux de scolarisation des enfants d'âge scolaire était en 1969 de 85 % et l'appoint apporté par les écoles diocésaines le porte à plus de 90 %.

Même si cette scolarisation massive s'effectue à Alger dans des conditions plus défavorables que dans le reste du pays, pour ce qui est de la surcharge des locaux par exemple, la famille algéroise ne s'embarrasse pas de telles considérations.

Ses enfants, garçons et filles sont scolarisés, cela la fixe inébranlablement dans sa résolution à vivre coûte que coûte"à la Capitale".

Enfin ses autres besoins, en approvisionnement alimentaire, en transports, en équipements culturels, sportifs, sanitaires sont dans le grand Alger mieux satisfaits que nulle part ailleurs.

Habiter Alger, est un privilège dont la population algéroise est consciente et décidée à sauvegarder.

Mais quel est l'impact de ce faisceau de faits sociaux, économiques et culturels sur le devenir et la cohésion de la famille algéroise, telle qu'elle a été décrite dans le chapitre précédent ?

Un Ier résultat de l'urbanisation en cours de la Population Algéroise est sans doute la très forte Dynamisation de ce concept même de famille.

Le bon sens populaire le traduit en parlant de "mentalité algéroise" ou encore "d'état d'esprit algérois".

Cette dynamisation se fait à l'encontre des fondements traditionnels et des forces de cohésion de la famille originelle.

De patriarcale et agnatique, la famille tend de plus en plus, dans une certaine confusion toutefois, vers le modèle cognatique, celui du couple.

En cela elle est aidée par une mutitude de faits irréversibles que le Secrétariat Social d'Alger a analysés de façon remarquable dans une série de publications : de l'Algérie originelle à l'Algérie Moderne, le monde des femmes, les nouvelles familles, les Algérois dans le Grand Alger... (pour ne citer que les plus importantes).

Actuellement l'Algérie est un Etat appartenant aux Algériens. Etat conscient et responsable, il se sent concerné par les problèmes du pays en particulier celui de la démographie. Ce qui constitue une première atteinte au généalogisme originel qui était celui de la tribu, du clan, du groupe et de la famille traditionnelle.

D'autre part l'administration est un organe individualisant et homogénéisant. Il substitue à la responsabilité collective du clan, la responsabilité de l'individu.

Individu qui ne demande qu'à s'affirmer sous la pression de facteurs d'urbanisation décrits plus haut.

La famille se détribalise, se dépatriarcalise se restreint et se mue en une famille nouvelle proche du couple.

Le matriarcalisme de pression existait depuis toujours dans la famille originelle. Il en était une composante saine et non contradictoire qui s'intégrait parfaitement dans le système patriarcalo-agnatico-endogame fondamental.

Ce matriarcalisme se fait aujourd'hui plus pressant et moins silencieux avec "l'entrée des femmes dans la cité".

Il constitue une force centrifuge supplémentaire dans la famille dont il amoindrit encore la cohésion.

De plus la Société se modernise selon un processus d'efficacité semblable à celui qui a présidé à la modernisation des Sociétés occidentales.

Psychologiquement ses membres s'individualisent et tendent à se désolidariser, spirituellement ils se laïcisent, démographiquement ils s'urbanisent, sociologiquement ils pénètrent dans la voie de l'industrialisation.

Globalement ils sont condamnés à vivre dans des contradictions et des heurts de cultures et de besoins ou encore à rechercher un nouvel art de vivre.

Cet affaiblissement des structures de la famille algérienne originelle ne doit pas nous étonner outre mesure.

Les études réalisées sur des sujets analogues par les sociologues de différents pays ne manquent pas.

Que ce soit à Dakar, à Bombay, dans les grandes métropoles d'Amérique latine ou même dans les pays industrialisés d'Europe, le processus d'effritement des structures familiales de base est partout, à des nuances près, comparable.

Partout la tendance à la désagrégation de l'unité familiale s'est effectuée sous les assauts soit de l'Urbanisation trop rapide, soit de la modernisation des sociétés, soit encore sous les effets conjugués de ces deux facteurs.

Urbanisation, modernisation et mouvances de structures sociales agissent comme révélateurs de troubles psychopathologiques de l'individu.

La recrudescence contemporaire de la morbidité Psychiatrique en est la traduction majeure qui nous intéresse ici, en Algérie et dans le Grand Alger.

Cette accroissement, à une allure de flambée, de la demande en psychiatrie, appelle la prise par les autorités sanitaires du pays de mesures appropriées. Ces mesures, doivent à notre avis, être caractérisées par leur souplesse.

Elles doivent faire la part importante à l'imagination dans la recherche de solutions. Dans le Grand Alger le caractère d'urgence imposé par l ampleur des problèmes en présence joint à l'état actuel plus qu'insuffisant de l'infrastructure psychiatrique, ne doivent pas nous faire perdre de vue l'apport que constitue la famille dans la prise en charge de son malade mental.

Même si sa solidité traditionnelle et les forces de sa cohésion se trouvent aujourd'hui atteints et quelque peu en perte de vitesse, la famille algéroise reste le seul groupe naturel de relation et d'insertion du malade mental.

Il est permis d'espérer qu'elle le restera encore pendant pendant de nombreuses années (une décennie ou deux). Avant cette échéance, les progrès thérapeutiques actuellement en cours combinés à un mode judicieux d'assistance psychiatrique extra-hospitalière (rendue concevable par l'apparition de nouvelles drogues) permettront une certaine suppléance de la famille défaillante.

Ces deux éléments, Progrès Thérapeutiques et Assistance Psychiatrique extra-hospitalière feront l'objet de la deuxième partie de notre travail.

- DEUXIEME PARTIE -

CHAPITRE PREMIER

LA PSYCHIATRIE DANS LE GRAND ALGER

(Morbidité et Infrastructure de Lutte)

1°- Aperçu de la morbidité psychiatrique dans le Grand Alger

La prise en charge des malades mentaux du Grand Alger dans ses limites définies dans le chapitre I de la première partie, est du seul ressort des services de Psychiatrie du C.H.U. d'Alger.

Le reste de la Wilaya d'Alger, ainsi que les Wilayas de l'Algérois, de Grande-Kabylie, du Titteri, d'El-Asnam sont théoriquement "couverts" par l'Hôpital psychiatrique Franz-Fanon de Blida.

La caractéristique essentielle de la morbidité Psychiatrique dans le Grand Alger est la diversité extrême des affections rencontrées ainsi que le polymorphisme de leurs manifestations cliniques.

Certains aspects de cette pathologie ont déjà fait l'objet de travaux récapitulatifs antérieurs à l'occasion de thèses de Doctorat. De ces travaux, "troubles mentaux de l'après-guerre (Dr. KERAMANE), Alcoolisme en Algérie (Dr. AZIEZ), "délinquance juvénile en Algérie" (Dr.BIDOUH),

nous nous inspirerons dans ce qui suit.

a) La Pathologie d'après-guerre

"à l'Indépendance, au terme d'une lutte délibérément particulièrement longue et sanglante, s'est manifestée une exacerbation des névroses et psychoses réactionnelles. Ainsi, c'est à la phase de détente, alors que tout danger est écarté, que les s tuations conflictuelles contenues jusque là par des mécan smes de défense et de "survie" explosent et se déchainent en évolutions psychopathologiques graves.
"Cette situation s'étalera encore probablement sur plusieurs années" (Dr. B. BENSMAII).

Cette pathologie particulière et transitoire est faite de déception chez les combattants qui estiment insuffisante la récompense de leurs serv ces.
Manifestations névrotiques avec souvent crises névropathiques, névroses revendicatrices et états dépressifs sont dans ces cas couramment retrouvés.

Les expertises en psychiatrie d'anciens moudjah'dines sont à ce point de vue révélatrices, d'une part en ra son de leur grand nombre, d'autre part, du fait de leur caractère d'ultime expertise survenant apr s celles, nombreuses, de d fférents spéc alistes de disciplines médicales, autres que psychiatriques.

L'apparition de ces troubles mentaux d'apr s-guerre s'est faite de façon relativement tardive, une à deux années après l'indépendance.

La "rupture des réalités", communément traduite par "déception", qui la caractérise est le résultat d'un désaccord entre l'Imagineire et le Réel.

L'Imaginaire est la réalité collective et projective vécue durant la lutte de libération.

Le Réel s'oppose, désormais après la libération, la réalité quotidienne avec ses limites imposées par les possibilités économiques, culturelles, sociales, du pays et par les ambitions de la Nation.

Il est toutefois intéressant de noter que l'évolution spontanée de ces troubles mentaux d'après-guerre n'a pas donné lieu, à une Pathologie de la Morale et des Moeurs. Ceci à la différence de l'évolution constatée dans d'autres pays placés dans des situations analogues.

La cohésion sociale, la force de la tradition et de la Morale Islamique ont probablement joué en faveur de cette évolution bénigne.

La classification selon le diagnostic, des 473 cas rapportés dans l'observation du Dr. KERAMANE résume la diversité et la relative bénignité de ces troubles psychiatriques d'après guerre.

DIAGNOSTICS	Nombre de cas	%
Névroses à dominante anxieuse	39	8,2
Névroses à dominante hystériforme	10	2,1
Psychoses délirantes	6	1,4
Psychoses Schizophréniques	4	0,8
Etats dépressifs	33	6,9
Troubles de l'Humeur	43	9,1
Troubles du caractère	133	28,1
Troubles du sommeil	73	15,4
Troubles Psychosomatiques et Hypochondriaques	17	3,5
Syndromes Subjectifs	75	15,8
Epilepsie	32	6,7
Accès convulsifs	8	1,6
T O T A L	473	100 %

b) Par ailleurs l'Emigration A l'Etranger et en particulier en France, engendre une morbidité psychiatrique assez comparable dans sa répartition selon les grands cadres nosologiques à la pathologie d'après-guerre ci-dessus décrite.

Les ruraux, fortement représentés dans les contingents de travailleurs émigrés, sont en effet spécialement sensibles aux stress d'acculturation provoqués par l'immersion brutale dans un nouvel environnement Socio-culturel.

c) En dehors de ces deux aspects particuliers et probablement transitoires dûs à l'après-guerre et à l'émigration, la morbidité psychiatrique se présente dans le Grand-Alger dela façon suivante :

-----En Pratique Hospitalière, quelle que soit la nosographie considérée, le malade hospitalisé est toujours un grand malade dont l'admission s'est faite le plus souvent en urgence.

CEci est une conséquence directe de l'absence de toute action de prévention ou de dépistage des affections mentales.

A l'origine de ce manque dont souffre le Grand Alger, se trouve l'insuffisance en infrastructure et en personnels psychiatriques qualifiés.

De façon très schématique, l'état des malades hospitalisés en urgence pourrait se résumer en trois points : il s'agit d'adultes jeunes, de sexe masculin, psychotiques délirants.

-- Les psychoses aïgues avec prédominance d'aspects de bouffées délirantes polymorphes sont fréquentes.

Elles posent le problème, en dehors dela faible proportion de délires toxiques reconnus,

de "l'aptitude à délirer" du malade algérois.

La moyenne d'âge de ces malades se situe entre 20 et 30 ans.

-- Les Psychoses chroniques offrent la particularité d'une évolution par bouffées aigues entrecoupées de rémissions dont la qualité et la durée très irrégulières sont en grande partie fonction de la valeur de la post-Cure.

On retrouve à l'étude des thèmes de ces délires une certaine transposition des conflits de cultures décrits plus haut, au sein de la Société Algéroise.

Les thèmes "traditionnels" d'envoutement, d'ensorcellement ou d'empoisonnement sont habituellement retrouvés soit à coté, soit mélés à des thèmes plus "modernes" qui font appel aux apports de l'actualité et de l'information.

-- En raison du taux de natalité très élevé (5,56 %) de la population algéroise, les psychoses puerpérales sont fréquemment rencontrées. Nous avons pris l'habitude, à la clinique universitaire de psychiatrie, de les différencier en psychoses puerpérales survenant sur un terrain psychotique et en psychoses puerpérales que nous qualifierions de "pures".

Ces dernières se distinguent en deux groupes :

- D'une part les psychoses du péripartum dans lesquelles l'infection utérine a été régulièrement retrouvée. Elles ont la particularité de répondre de façon très favorable au curetage utérin.

- D'autre part, les psychoses du post partum de survenue plus tardive et peu influencées dans leur évolution par le curetage.

Dans le groupe des Schizophrénies, deux éléments retiennent l'attention,

- d'une part une relative précocité dans la survenue des premières manifestations cliniques.

- d'autre part la résolution rapide et de bonne qualité, sous sismothérapie et chimiothérapie conjuguées, de ces mêmes atteintes. Leur évolution à long terme reste particulièrement sévère.

Nous n'avons pas noté dans la répartition selon le milieu socio professionnel, de fréquence plus ou moins grande dans l'atteintede tel ou tel groupe.

Parmi les névroses, l'Hystérie demeure, et de loin, la plus fréquemment rencontrée. Les aspects qu'elle peut présenter sont très variés, volontiers spectaculaires et récidivants ou encore prenant l'allure de syndromes fonctionnels durables (paralysies surtout).

Elles sont la traduction la plus frappante de la "pathologie de transition" décrite par L.M.O et qui affecte une population néo-urbanisée, soumise à des phénomènes douloureux d'acculturation.

La recrudescence des Toxicomanies durant ces dernières années dans le Grand Alger continue de s'affirmer.

Les toxicomanes se recrutent essentiellement dans certains quartiers populeux de la Capitale parmi des catégories socio-professionnelles aux revenus souvent modestes.

Au classique Haschich sont venus s'ajouter les barbituriques (Immenoctal, Nembutal, Diazepam ...) qui bénéficient d'une vogue certaine.

En pratique ces toxicomanies prennent l'allure de polytoxicomanies dont le dénominateur commun est l'Alcoolisme .

Elles se traduisent par des bouffées oniroïdes entrecoupées par des passages stuporeux ou des épisodes d'agitation à type de crise clastique.

En raison de l'encombrement quasi constant des services de psychiatrie d'Alger et du mode d'hospitalisation qui en découle (priorité aux urgences et malades Graves), la grande majorité des malades mentaux est vue aux consultations externes du service.

De cette pratique Extra-Hospitalière il ressort que les états hypochondriaques sont très fréquents. Il en est de même des états anxieux qui se traduisent soit par des Hystéries d'angoisse soit encore par des états dépressifs.

Les conversions somatiques sont également fréquentes. Ces expressions corporelles de difficultés vitales sont à l'origine d'affections désespérément chroniques, figées ou encore mutantes et insaisissables.

Les Syndromes dépressifs banaux sont foule et occasionnent un encombrement perpétuel de ces consultations externes.

Dans la genèse de ces syndromes, le facteur réactionnel est régulièrement reconnu. Réaction à la transplantation, au changement de mode de vie, aux stress anxiogènes de l'Urbanisation-modernisation trop rapides, mais aussi à une puerpéralité effrenée et à des états d'épuisement physiologique et de misère socio-économique.

En somme, la morbidité psychatrique dans le Grand-Alger parait en nette augmentation.

Dans sa thèse sur la planification des services de santé mentale, le Docteur D. AIT SI SELMI avance pour quantifier cet accroissement le taux de 4.5 % d'augmentation par an.

Le calcul de ce taux est fondé sur l'accroissement naturel de la population, affecté des paramètres sociaux rapportés dans la première partie de notre travail.

Ce taux de 4 5 % représente une évaluation pondérée valable pour l'ensemble du pays. Il se situe probablement en deçà de la réalité du Grand Alger.

I'Insuffisance des moyens et de l'Infrastructure de lutte contre les maladies mentales.

Face à l'accroissement des besoins, l'infrastructure delutte contre les maladies mentales dans le Grand Alger est stagnante et très largement insuffisante que ce soit en équipements ou plus encore en encadrement médical et paramédical. (Rapport au Docteur Kh.Benmiloud -Avril 1967 -).

Elle n'a pas varié depuis 1967 et se présente comme suit :

I°) Equipements

Il existe au total 250 Lits de psychiatrie répartis entre le service de psychiatrie du Centre Hospitalier Universitaire (50 Lits) et la Clinique Drid Hocine de Kouba (200 lits). Selon les normes préconiséespar l'OMS de 1 lit pour 1.000 Habitants, il aurait fallu pour le Grand Alger, 1.300 lits de psychiatrie.

Les 250 lits existant restent très insuffisants même considérés sous l'angle des "Normes Algériennes" exprimées par le Docteur Kh. BENMIIOUD .

En effet ces dernières normes, qui tiennent compte du seuil de tolérance encore élevé dontbénéficiele malade mental dans notre société ,sont actuellement fixées à 1 lit pour 5000 habitants .

Il faudrait du fait de ces normes algériennes et en raison de la zone d'attraction supplémentaire d' Alger et de son C.H.U. , 650 lits de Psychiatrie là où il n'en existe que 250 .

Les dispensaires de psychiatrie ,
sont au nombre de quatre : Casbah Rue Rabah Noël,Hussein-Dey, et El-Harrach auquels il faut adjoindre la Consulta-

-tion "Anciens Cas" du C.H.U. (A la Clinique DRID-'OCINE) qui fonctionne en dispensaire.

Chaque dispensaire a la charge des soins de Post-Cure des malades résidant dans son secteur.

Une Consultation quotidienne "Nouveaux Cas" fonc-tionne au C.H.U. (Hôpital Mustapha) .

Elle est chargée du dépistage de nouveaux malades pour tout le Grand-Alger avant hospitalisation éventuelle, bilans et premiers traitements au service de Psychiatrie du C.H.U. (Ibn-Imrane- Mustapha).

Une Consultation de Psychiatrie-Infantile se tient également au même C.H.U. .

Elle a la charge de toute la pédo-psychiatrie du Grand-Alger. A noter qu'elle ne dispose d'aucune possibilité d'hospitalisation en raison de l'absence totale de locaux réservés à cet effet pour ses jeunes malades.

2°) Le Personnel

-Le nombre de médecins psychiatres pour tous les services d'hospitalisation, dispensaires, consultations, "anciens" et "nouveaux cas" de la capitale est actuellement de Trois. Il convient d'ajouter à ce chiffre celui des étudiants en spécialité, au nombre de six, qui font office de médecins-psychiatres.

Le total de médecins psychiatres et donc de neuf.

- Les infirmers Psychiatriques sont en nombre plus insuffisant encore.

. La Clinique IBN IMRANE compte :

- Un surveillant,
- Un infirmier diplômé d'état,
- 2 Infirmiers autorisés,
- Cinq aides-soignants

soit une moyenne de un infirmier pour 6,5 malades.

De nuit cette moyenne tombe à un infirmier pour I6 malades.

. La Clinique Drid Hocine compte :
- 2 surveillants,
- 2 infirmiers diplômés d'Etat,
- 4 infirmiers autorisés,
- I0 aides-soignants,

soit une moyenne de un infirmier pour I2,5 malades.

De nuit cette moyenne tombe à I infirmier pour 40 malades.

I'Ecole Para-Médicale de l'Hôpital Franz-Fanon de Blida qui forme des aides-soignants en psychiatrie pour tout le pays, a délivré 30 diplômes en I966 et 32 en I967.

Depuis I968 la formation de ces aides-soignants a cessé.

Il semble qu'elle doive reprendre pour l'année I97I suivant des bases et des formes nouvelles.

Les Assistantes Sociales de psychiatrie sont en nombre plus insuffisant encore.

Trois assistantes sociales ont la charge de toute la population du Grand Alger.

- Trois Psychologues sont attachés aux services de psychiatrie.

. Bien plus que l'équipement, l'insuffisance en personnel qualifié ne soutient aucun rapprochement avec aucunes normes qu'elles soient internationales ou adaptées aux conditions locales.

3°) Les résultats du fonctionnement de cette infrastructure hospitalière et extra-hospitalière de l'ensemble Clinique Universitaire de Psychiatrie et Hôpital Drid-Hocine peuvent se résumer par le tableau suivant :

Années	Hospitalisations	Consultations Adultes	Consultations de Psychiatrie Infantile.
I966	II77	I[illegible]51	I4I6
I967	I[illegible]47	56[illegible]2	I7[illegible]4
I968	2930	6826	--
I969	--	--	I999

Ce tableau appelle les remarques suivantes :

- Pour l'année I966, les chiffres rapportés concer--nent le travail du service dans ses anciens locaux, salles PINEL et FROUSSAIS, de l'hpital Mustapha.

- Pour les années suivantes, il s'agit, confondus, des exercices du Service d'admissions Ibn-Imrane et de la Clinique de Post-Cures Drid-Hocine.

Cependant le mode de fonctionnement conjoint des services d'admissions et de post-cures n'a pas été toujours homogène durant les années I967-I96[illegible], (en particulier pour l'année I968).

Les distinctions en "Nouveaux Cas" et en "Anciens Cas" des hospitalisations et des consultations effectuées ont abouti à des résultats fragmentaires, par la même peu significatifs.

-En deux années, de I966 à I969, les hospitalisations d' adultes ont augmenté de I48 % .
Durant cette même période les consultations d'adultes ont augmenté de 273 % , c'est à dire à un rythme deux fois plus rapide que celui des hospitalisations.

Enfin de I9 6 à I969 les consultations de pédo-psychiatrie ont accru de 41,2 % leur rendement.

--- Cette pédominance du système extra-hospitalier, dans l'Assistance des malades mentaux, doit encore se renforcer très nettement dans l'avenir grâce à l'utilisation des médications à effet retard.

L'importance du rôle que ces drogues à effet prolongé sont appelées à jouer dans l'Assistance Psychiatrique extra-hospitalière est comparable à celui, décrit dans la première partie, de la cellule familiale algérienne d'encadrement du malade.

Cet élément thérapeutique nouveau est de nature, dans un second temps, à prendre le pas et à améliorer le facteur de tolérance sociale vis à vis du malade mental.

Notre deuxième chapitre sera consacré à l'étude du chef de file de ces médications neuroleptiques à effet prolongé : L'Oenanthate de Fluphénazine.

- CHAPITRE II -

INTERET DES CHIMIOTHERAPIES A EFFET PROLONGE DANS LE TRAITEMENT EXTRA-HOSPITALIER.

- L'OENANTHATE DE FLUPHENAZINE -

Depuis 1952, de nombreux neuroleptiques ont vu le jour. Tous ces médicaments avaient jusqu'à présent comme caractéristique une action rapide mais brève (24 à 48 heures).

La prise régulière de ceux-ci représente une discipline difficilement acceptable et très astreignante pour le malade et pour son entourage immédiat.

Selon certaines statistiques étrangères, cette discipline n'est pas respectée dans 30 % des cas.

Ce qui est la cause de nombreuses rechutes.

Aussi, depuis longtemps, divers laboratoires avaient entrepris des recherches en vue de mettre au point, à l'instar de ce qui avait été déjà réussi par l'Insuline-retard dans le traitement des diabétiques, un neuroleptique à action prolongée.

Seul le laboratoire Squibb présente actuellement des produits utilisables : l'Oenanthate et le décanoate de Fluphénazine.

Les expériences ayant permis d'aboutir à ces deux neuroleptiques-retard : sont centrées sur la fonction alcool située en bout de chaine de la Fluphénazine.

I'Estérification de cette fonction alcool a permis d'obtenir des dérivés dont l'activité thérapeutique restait proche de celle de la Fluphénazine et dont la durée d'action se trouvait prolongée par rapport à celle-ci.

Cette conception du mécanisme retard n'est pas originale puisque la même technique est utilisée pour certains produits hormonaux et antibiotiques;

D'autres laboratoires se sont engagés dans cette même voie.

Le mise au point d'un neuroleptique pipéridiné présenté sous forme de palmitate, serait près d'aboutir.

L'imprégnation de ce troisième neuroleptique serait de quatre semaines.

L'Oenanthate de Fluphénazine est le neuroleptique retard le moins récent. Il a fait l'objet de nombreuses expérimentations cliniques à l'étranger.

A la clinique Universitaire d'Alger les essais cliniques de l'Oennanthate sont en cours ; ils ont débuté en MARS 1970 et portent actuellement sur un contingent de 430 malades.

I'Oenanthate de Fluphénazine est un liquide Huileux, très gras, de couleur jaune, de densité élevée, très diffusible.

Il s'hydrolyse lentement dans l'organisme en libérant la fluphénazine.

Depuis 1968 ce produit est commercialisé et présenté en ampoules de 1 ml et de 4 ml dosées à 25 mg et à 100 mg injectables en intramusculaire profonde.

La durée d'action de l'oenanthate dépend de la gravité de la psychose, de son stade évolutif et de la posologie employée.

Elle va de quelques jours à quatre - Cinq semaines d'après les expérimentations étrangères.

Dans ses essais, la clinique Universitaire de Psychatrie d'Alger adopte actuellement l'intervalle de 21 jours comme espacement optimum entre deux injections de 75 mg chacune d'oenanthate.

Cette posologie utilisée à Alger, comparée à celles pratiquées ailleurs, est un minimum. Elle est susceptible d'adaptations en fonction de la dose orale de fluphénazine administrée antérieurement pendant l'hospitalisation et en fonction de la tolérance de chaque malade.

L'indication majeure de l'oenanthate est la thérapeutique extra-hospitalière où il est utilisé comme drogue de relais assurant une couverture thérapeutique de sécurité.

Neuroleptique majeur, sûr, ayant une activité incisive et antipsychotique, l'oenanthate est le traitement de choix des psychoses chroniques et des schizophrénies hors de l'hôpital.

La Tolérance du produit parait satisfaisante.

Les effets neurologiques secondaires sont controlés par la prise quotidienne d'étybenzatropine orale.

Il est permis d'espérer que la mise au point d'une association injectable d'oenanthate et d'étybenzatropine viendra, un jour simplifier encore le traitement en supprimant la prise orale d'anti-parkinsoniens.

L'action anti-psychotique de cette médication retard a mené à une normalisation satisfaisante du comportement chez les schizophrènes.

Il n'a pas été relevé dans l'observation des 430 malades actuellement suivis, d'idée de suicide et encore moins de passage à l'acte. (ceci contrairement à ce qui a été noté par LAMBERT et par GUYOTAT dans leurs travaux).

Retenons toutefois que l'expérimentation d'Alger manque encore du recul nécessaire (8 mois de traitement pour les malades les plus anciens de la série de 430) pour permettre d'avancer des conclusions définitives.

Comme avec les neuroleptiques classiques, la condition essentielle nécessaire à l'obtention de résultats cliniques durables est une post-cure de bonne qualité et régulièrement assurée.

Dans cette perspective, l'oenanthate de fluphénazine présente une série d'avantages de maniabilité, non négligeables, unanimement reconnus par de nombreux auteurs.

J. MARQUER, J.C. CHALIER et G. IEFORT ont dans des thèses récentes fait le bilan de ces avantages.

Le premier facteur positif est la certitude du médecin que la malade reçoit bien la dose de médicament prescrit.

Ceci est très important, car malgré toutes les précautions que peut observer le personnel infirmier ou l'entourage familial, il a toujours existé des malades capables de simuler des prises de médicaments d'administration per-os.

Les comprimés peuvent être cachés dans la bouche ou même encore régurgités après leur déglutition.

- "La voie injectable a, pendant longtemps, cristalisé le summum thérapeutique" écrit I. Revol.

C'est là une affimation d'une réalité toujours vivace dans l'esprit du public et en particulier du public algérien.

"La piqure" garde toujours son auréole magique. Elle est facilement administrable aux fantaisistes et aux réfractaires. Par son action rapide, elle est le gage du succès en cas de dangériosité. Elle traverse la peau, va porter

profondément, "dans le sang", "la substance active qui guérit, qui sauve" ; ainsi donc la piqure va tout à fait dans le sens des croyances subjectives et quelque peu masochistes des foules qui "aux grands maux, réclament les grands moyens".

- A l'équipe infirmière soignante, ce nouveau mode d'administration, offre une occasion de sortir du rôle anonyme et uniformément routinier " de distributeur de comprimés".

L'infirmier se voit conférer une fonction plus directement soignante, virilisée par l'outil, l'aiguille et la seringue.

- Pour le médecin, le Professeur Gayral parle "du vécu avec l'apparition d'un neuroleptique retard, de la première grande avanture depuis la découverte il y a une quinzaine d'années des premiers neuroleptiques".

Ainsi pour la première fois on voit apparaitre un produit retard visant à modifier les métabolismes cérébraux.

- Au malade, le produit injectable, donne une valorisation. "Le malade se voit promu au rang d'une individualité qu'on respecte, qu'on estime qu'on ne trompe plus". (G. Lefort)

On ne le trompe plus puisque la voie injectable supprime l'équivalence "Drogue = Poison" que l'on retrouve dans les doléances de beaucoup de malades.

Il semble essentiel de souligner (P.A. LAMBERT), "qu'il apparait pour le malade que cette prescription, par exemple une injection unique tous les quinze jours, ne saurait avoir les répercussions graves qu'il est toujours enclin, à imaginer dans son esprit ; c'est ainsi qu'il pense (et ceci se fonde sur une part de réalité) que les neuroleptiques par la bouche ou en injection vont diminuer ses forces physiques pour travailler, morales (pour lutter

contre les impressions de transformation de la réalité qu'il a déjà ressenties et qu'il impute à des tierces personnes), sexuelles (ce qui est fréquement le cas avec tous les neuroleptiques)." "Avec l'oenanthate de Fluphénazine l'occasion pour le malade de se rappeler l'action qu'il considère comme néfaste du médicament est en somme réduite au minimum."

Ces remarques prennant une importance accrue en milieu extra-hospitalier et en consultation de post-cure alors que le malade est soustrait à l'influence psychothérapique du médecin et du corps soignant infirmier.

--- Sur le plan économique, l'oenanthate de fluphénazine et les Neuroleptiques-Retard d'une façon plus générale, doivent par le biais de consultations de post-cure suffisament fréquentes, fournies en personnel et en médicaments, permettre d'améliorer la qualité et la durée des rémissions.

Les charges de la fraction active dela société s'en trouveront directement allégées par la possibilité de récupérer un certain nombre de ses travailleurs.

D'autre part, l'encombrement moindre des services hospitaliers qui en résultera, équivaudra non seulement à une économie substantielle réalisée par la collectivité mais aussi à une disponibilité plus grande rendue au médecin et au personnel soignant pour faire oeuvre de psychothérapie et de socio-thérapie.

Ceci nous mène de plein pied à notre projet d'Assistance psychiatrique extra-hospitalière pour le Grand Alger,

- CHAPITRE III -

POUR UNE ASSISTANCE PSYCHIATRIQUE EXTRA-HOSPITALIERE DANS LE GRAND ALGER.

De la première partie de notre travail, ainsi que de l'étude de la "Psychiatrie dans le Grand Alger" rapprochons les points suivants :

I°- d'une façon générale, la situation sanitaire du Grand Alger n'est pas florissante sans être pour autant catastrophique.

Alger dispose d'un équipement hospitalier volumineux (près de quatre lits pour I.000 Habitants) et souvent moderne servi par un personnel médical nombreux (un médecin pour 3.000 personnes).

2°- Cet équipement et plus encore l'encadrement en personnel sont très inégalement répartis entre les disciplines médico-chirurgicales, au Grand détriment de la psychiatrie.

Dans cette dernière discipline les insuffisances dans tous les domaines rendent la situation préoccupante.

3°- Par ailleurs:

= Le Plan Général de la Politique de Santé Publique définie pour le pays,

= le Plan Directeur d'Urbanisme du Grand Alger,

= le Plan d'Equipement Sanitaire établi pour la

Capitale par l'A.P.C. d'Alger,

Constituent un ensemble concordant, homogène, visant à instaurer "une médecine de type collectif" qui doit donner une large priorité à la médecine préventive sur la médecine dite curative.

Cette priorité doit se traduire pratiquement et autant que faire se peut, par l'organisation extra-hospitalière de la prévention et des soins dans des centres de santé Polyvalents.

Le projet d'Assistance Médicale établi pour le Grand Alger par la cinquième commission (commission de Santé Publique d'Hygiène et d'Assistance) vise à "quadriller" la Capitale autour de "maisons" de santé, de "centres" de santé, de dispensaires et Salles de soins.

Ce projet qui s'inscrit également dans le plan d'Urbanisation de la ville, constitue un Plan d'Equipement Sanitaire dont l'essentiel peut se résumer comme suit :

I°- "Les Centres de Santé Polyvalents concentrent les moyens médicaux et para-médicaux d'un "Secteur sanitaire" dont la population varie entre 50.000 et 60.000 habitants.

Le Centre de Santé Polyvalent disposera d'un personnel nombreux de l'ordre de cinquante personnes. Il aura pour mission d'assurer dans le secteur qui lui est dévolu toute la médecine préventive dans l'ensemble de ses composantes :

- Protection Maternelle et Infantile,
- Planning familial ("Protection Familiale").
- Vaccinations
- Hygiène scolaire
- Contrôle de la médecine curative par l'exécution d'une partie de ses tâches ayant trait à des fléaux sociaux, (Diagnostic et soins ambulatoires en matière de Tuberculose, Maladies Mentales, Epilepsie,

Diabète, vénérologie ...).

Au niveau du quartier (5.000 à I5.000 habitants) l'action du centre de Santé sera relayée ou prolongée par des dispensaires ou des Salles de Soins, rattachés Techniquement et administrativement au centre Polyvalent, au nombre de trois à quatre dans chaque secteur Sanitaire.

2°- Un second impératif existe, celui "de tenir compte d'unités à caractère géographique définies dans le Plan Directeur d'Urbanisme de la Ville d'Alger.

Il repose sur la création de Secteurs Géo-Economiques viables. D'après ce Plan Directeur d'Urbanisme (adopté le 25 JUillet I968 par l'A.P.C.) un nouveau découpage de la ville est prévu tendant à constituer des unités géographiques et économiques de 60.000 Habitants environ chacune, groupés sur un centre commercial et des Services (Postes, écoles, Services de Santé, centres culturels...).

Ces "unités géographiques" regrouperont plusieurs quartiers pour lesquels les conditions générales de vie, de travail et de déplacement seront reconnues à peu près identiques.

L'implantation des centres de Santé Polyvalents se fera en fonction de ces "unités géo-économiques".

Le Rapport à l'A.P.C. du Professeur CHAUIET sur l'équipement de la Ville d'Alger en centres de Santé et Dispensaires donne ensuite le relevé d'implantation de cet équipement Sanitaire (I969).

I°- Un Essai de Sectorisation Psychiatrique du Grand Alger.

Entrepris en I967-I968 sous la direction du Professeur Kh. BENMILOUD, cet essai visait à une utilisation rationnelle et à maximaliser le rendement d'équipements et de personnels réduits.

Le découpage sectoriel du Grand Alger Psychiatrique s'est effectué autour des cinq consultations "anciens cas" en fonctionnement dans les dispensaires de la Wilaya.

Chacun de ces dispensaires est dirigé par un médecin psychiatre aidé d'une assistante sociale et de deux à trois infirmiers, parfois aussi d'un Psychologue.

Le dispensaire dispose d'un service de "Pharmacie Sociale" approvisionnée en drogues psychotropes selon une liste de besoins de base n'excédant pas en général 20 à 25 spécialités. Ce nombre limité aux seules médications majeures et d'usage courant, rend plus faciles la distribution, le contrôle et l'approvisionnement régulier.

Il contribue par ailleurs en aidant aussi bien le malade usager que l'Infirmier distributeur, à une meilleure connaissance des drogues, à éviter les erreurs de posologie.

Chaque dispensaire a la charge des malades mentaux en post-cure de son secteur.

Dans ce secteur de 200.000 à 300.000 Habitants, le dispensaire a mission de contrôle par des consultations périodiques de la qualité des post-cure.

Les consultations sont gratuites ainsi que les fournitures de médicaments, sans discernement du niveau économique desmalades. (cf Annexes 7 - 8).

La liaison entre ces dispensaires de post-cure et les services hospitaliers est réalisée par la circulation dispensaire-Hôpital des dossiers médicaux desmalades. Cette liaison est également incarnée par l'appartenance commune de tous les médecins, Assistantes Sociales, Psychologues, au même service central :l' Ensemble C.H.U.-Clinique DRID-HOCINE. (cf. Annexe 9).

A l'exclusion de tout malade en post-cure, une

"Consultation Nouveaux Cas " centralise également pour tout le Grand-Alger, le dépistage et le traitement des malades nouveaux.

Pour ce qui est de la Psychiatrie Infantile, une consultation indiscriminée, Nouveaux Cas et Anciens Cas, fonctionne au C.H.U. et draine tous les malades du Grand-Alger, mais aussi d'une grande partie du pays.

Les Services Hospitaliers de Psychiatrie au nombre de deux, sont tous deux "bisexués".

- le premier de 50 lits- 25 lits hommes et 25 lits femmes- se trouve dans l'enceinte même du C.H.U.

Il bénéficie des Services Techniques communs du C.H.U. Il reçoit toutes les urgences psychiatriques du Grand-Alger et fonctionne en centre de diagnostic de traitement intensif et d'enseignement.

Ce centre collecte les urgences psychiatriques de l'ensemble de l'agglomération algéroise.

- le deuxième : la clinique Drid Hocine 200 lits
- 140 lits hommes et 60 lits femmes - fonctionne en service de Cure pour malades transférés depuis le premier service. Deux transferts de quinze malades en moyenne y sont effectués chaque semaine.

Grâce à ce mode de fonctionnement, le centre de Cure qui n'admet qu'exceptionnellement des hospitalisations "directes" présente en permanence un taux d'occupation maximum à 100 % de ses lits.

Il a en outre l'avantage (ou l'inconvénient parfois) de ne recevoir les malades qu'après extinction de leur épisode aigu. Cela évite aux autres pensionnaires d'avoir à subir, au cours d'une évolution clinique favorable, les désordres, contre-coups à type de réactivations réactionnelles, difficiles à éviter dans tout service

psychiatrique d'admission ou de première ligne.

Discussion et critiques

Cette ébauche d'activité de secteur est critiquable à plus d'un titre si l'on se fonde sur les principes d'origine de toute action d'Assistance Extra-hospitalière et la notion corollaire de "Secteur Psychiatrique" telles qu'elles ont été définies par la circulaire du I5 Mars I960.

Reconnaissons toutefois à ce premier essai de sectorisation psychiatrique du Grand Alger d'avoir fonctionné de façon relativement satisfaisante quant à l'efficacité.

Les résultats de cet exercice ont été rapportés plus haut dans le chapitre Ier de la 2ème partie. Ajoutons que chaque dispensaire de secteur brasse une population de IOOO malades environ.

La Sectorisation Psychiatrique à Alger n'a pas été etne peut être conçue comme une réplique conforme de la sectorisation d'un département français ou d'un arrondissement Parisien.

A cet égard nous avions été édifié depuis que nous avons vu l'expérience du I3ème arrondissement de Paris.

Il ne saurait en être autrement, car il n'existe aucune commune mesure entre les moyens en équipement, en budget et en personnel du Grand Alger et par exemple du cossu I3ème arrondissement de Paris.

La sectorisation psychiatrique du Grand Alger s'est faite selon une philosophie, ou un esprit différents de ceux qui ont cours dans un contexte européen I960.

En effet, l'Assistance Psychiatrique extra-hospitalière qu'elle soit en secteur ou non, représente en Europe un prolongement socialisé, de l'évolution des soins dans leur qualité. C'est un progrès thérapeutique.

Dans notre pays, c'est l'insuffisance en unités de soins hospitalières et la plus grande insuffisance encore en personnels qui nous imposent de recourir à ce nouveau type d'instrument.

L'Assistance psychiatrique extra-hospitalière en Algérie et l'institution d'une politique de secteur psychiatrique doivent être entendue d'abord et avant tout comme l'aboutissement d'une démarche de type recherche opérationnelle visant, répétons le, à "maximaliser" le rendement d'un personnel et d'une infrastructure spécialisés, réduits.

Cependant les progrés récents de la pharmacopée de lutte contre les maladies mentales permettent à ces situations extrêmes européènne d'une part et Algérienne d'autre part, "de se rejoindre" en pratique.

D'autre part, à l'avenir, c'est-à-dire en moyen ou à long terme, (de l'ordre de la décennie), lorsque les équipes psychiatriques algériennes se seront étoffées et multipliées, ces positions extrêmes se rejoindront d'avantage pour tendre vers une politique d'assistance psychiatrique réellement de secteur.

II - Perspectives de l'Assistance Psychiatrique extra-hospitalière.

L'essai de sectorisation psychiatrique entrepris en 1967 se poursuit en 1970. Malgré ses imperfections, il nous parait parfaitement compatible avec le Projet d'Assistance Médicale de l'A.P.C.

Mieux encore, la mise en place des structures sanitaires prévues par ce Projet, en particulier des centres Polyvalents de Santé, devrait s'avérer directement bénéfique pour l'Adsistance Psychiatrique extra-hospitalière.

Celle-ci profitera de l'aide et collaboration des

autres disciplines médicales, notamment pour les taches de dépistage des malades mentaux.

Pour cela il faudra que les dispositions de l'Essai 1967 évoluent dans le sens d'une sectorisation psychiatrique véritable.

Le Secteur Psychiatrique est en effet une circonscription géographique (Urbaine ou Rurale ou Urbaine et Rurale à la fois), dans laquelle une Equipe Psychiatrique donnée a la responsabilité directe et permanente de la Santé Mentale de l'ensemble de la Population du secteur.

Cette responsabilité s'exerce aussi bien en matière de cures, de traitements que de prévention des maladies mentales.

Le Secteur psychiatrique est la traduction effective du concept de psychiatrie communautaire ou sociale qui tend à la prise en charge psychiatrique par l'équipe soignante de fragments entiers de Société sans distinctions d'âge (du berceau au cercueil), de sexes, ni d'origine socio-économique.

Le malade est assuré ainsi d'une continuité dans ses rapports avec les soignants. En outre,il n'existe pas de sélection ou de rejet arbitraires de certains patients en raison du diagnostic, du pronostic, de la chronicité, de leur quotient intellectuel, de leurs types de problèmes ou de la possibilité qu'ils ont d'entrer dans le cadre de modalités de traitements spécifiques.

De la valeur et de la continuité de ces rapports malade-soignants découlera la véritable entrée de la psychiatrie "dans la Cité".

Dans cette perspective l'hôpital, si hospitalisation il y a, ne représente qu'un moment et qu'un aspect de la thérapeutique parmi d'autres :

consultations de prévention ou de post-cure du dispensaire, hôpital de jour, hôpital de nuit, foyers de post-cure, ateliers protégés, atelier de réadaptation et hospitalisation à domicile.

L'antenne hospitalière du secteur s'en trouve réduite d'autant. L'Hospitalisation ne représente plus dans la conception du secteur psychiatrique qu'un accident, survenant dans l'évolution thérapeutique, qu'un épisode transitoire.

L'Equipe Psychiatrique varie dans sa composition suivant les besoins propres du secteur qu'elle dessert (mais aussi selon le personnel médical et para-médical disponible).

L'Equipe psychiatrique est dirigée par un médecin psychiatre ayant le double rôle de Directeur Administratif et de membre de l'équipe traitante.

Cette dernière fonction lui impose la responsabilité de tous les malades. Cependant la capacité de délégation de responsabilité au sein de l'équipe, du médecin-chef vers "les autres travailleurs sociaux" doit être très importante.

Il en va de même pour les échanges d'informations et d'expériences dans les deux sens. A ces échanges, le psychiatre "se socialise" et le travailleur social "se psychiatrise" en vue d'une plus grande cohésion et d'une efficacité accrue de l'équipe.

Dans la composition de l'équipe psychiatrique de secteur doivent entrer, selon les besoins et les possibilités, en plus du médecin-chef, un médecin chargé de la pédopsychiatrie, un ou plusieurs internes, une ou plusieurs assistantes sociales psychiatriques de secteur, des infirmiers et des infirmières, travailleurs et travailleuses sociales, aides-familiales, moniteurs ergothérapeutes, rééducateurs ...

C'est dans son action d'animation de l'ensemble des structures hospitalières et extra-hospitalière du secteur psychiatrique, que cette équipe prendra peu à peu et progressivement sa forme et sa configuration définitives.

La réalisation de cet objectif d'Assistance Psychiatrique extra-Hospitalière des malades du Grand Alger, passe par l'adoption de mesures appropriées.

III - Ces mesures nous les envisagerons sous l'aspect de Suggestions concernant d'une part, les Equipements
d'autre part, les Personnels.

I°) LES EQUIPEMENTS

a) les Hôpitaux Psychiatriques :

Il nous parait nécessaire d'accroitre la capacité des services de psychiatrie du Grand Alger pour la porter à un lit de psychiatrie pour 3.000 Habitants (lits de psychiatrie infantile compris).

Ceci équivaudrait à passer des 250 Lits actuels à 400 Lits.

Cette augmentation peut se faire sans exiger des investissements financiers nouveaux ou importants. La désaffection de services médicaux intervenue il y a trois ans (en raison de l excès préexistant de lit/organisés dans le Grand Alger), a libéré un nombre important de lits dont une partie pourrait être avantageusement reprise et aménagée pour la psychiatrie.

L'idée d'un transfert de l'ensemble des services de psychiatrie (Clinique universitaire de psychiatrie et clinic Drid Hocine) dans les locaux de l'hôpital général de Birtraria à El-Biar a été maintes fois soulevée.

Ce transfert aurait l'avantage de réal ser un regroupement géographique des services hospitaliers de

psychiatrie et de satisfaire largement leurs besoins d'accroissement en Capacité-lits.

Constitué essentiellement d'anciens services Sanatoriaux faciles à aménager en établissements psychiatriques l'hôpital de Birtraria a en effet une capacité de l'ordre de 500 lits.

Une seconde solution serait l extension des locaux dela Clinique Drid Hocine elle-même.

Cette dernière voie semble avoir été retenue avec l'aménagement en cours des locaux de l'ex-"clinique Roquebrune" et son rattachement à la clinique Drid Hocine voisine en vue d'organiser environ 70 lits d'hospitalisation pour la pédo-psychiatrie.

Pour la première fois dans l'Histoire du Grand Alger des possibilités d'hospitalisation pour les enfants atteints de troubles mentaux vont se trouver créées.

La clinique Roquebrune s'avèrera à l'usage probablement insuffisante à répondre à tous les besoins existant en matière de psychiatrie Infantile.

Dans ce domaine la formule"d'hôpital de Jour" nous parait particulièrement souple et interressante pour des malades jeunes qui ne doivent pas être retirés trop longtemps de leur milieu familial.

Cependant en attendant l'ouverture"d'hôpitaux de Jour pour enfants "dans le Grand Alger, une formule "d'Hospitalisation à domicile" aurait les avantages d'une économie de temps et d'argent tout en répondant à un besoin prioritaire d'assistante médicale à des enfants.psychotiques.

Menée à partir de la consultation de psychiatrie Infantile (2.000 malades actuellement suivis), l'Hospitalisation de jour s'adresserait d'abord et avant tout aux débiles moyens et profonds.

Elle pourrait être mise sur pied au moyen par exemple d'allocations invalidité, cartes de soins gratuits, allouées aux parents de ces jeunes malades.

b) Les Dispensaires

Cinq dispensaires de psychiatrie fonctionnent actuellement en centres de Consultations de post-Cure. Chaque dispensaire a la charge des malades de son secteur d'implantation soit en moyenne un millier de malades.

Le découpage actuel par arrondissements urbains et localités sub-urbaines est le suivant :

- Secteur I : Dispensaire de Hussein-Dey
  10ème Arrondissement
  - Bordj el Kiffan
  - Birkadem
  - Douéra
  - Mahelma
  - Saoula
  - Bordj el Bahri

- Secteur II : Dispensaire de la Casbah
  - 1er et 2ème Arrondissements
  - Aïn-Benian
  - Chéragas
  - Staoueli
  - Zéralda

- Secteur III : Consultation "Anciens cas" (Clinique Dr Hocine.
  8ème et 9ème Arrondissements

- Secteur IV : Consultation de psychiatrie "Anciens Cas" (Hôpital Mustapha)
  4ème et 5ème Arrondissements

- Secteur V : Dispensaire de la rue Rabah Noël
  3ème, 6ème et 7ème Arrondissements

Ces dispensaires de psychiatrie, nous l'avons vu, doivent être intégrés dans les dispensaires Polyvalents de l'Assistance Médicale.

La mise en place conformément au projet de la CPC des dispensaires polyvalents, portera création de nouveaux secteurs où la psychiatrie sera peut-être jumelée à la Pneumo-Phtisiologie et à la lutte anti-tuberculeuse.

Bien plus que des difficultés d'organisation d'unités nouvelles, cette réduction des secteurs psychiatriques de 250.000 à 60.000 Habitants soulèvera essentiellement des problèmes d'encadrement en personnel spécialisé.

Insistons une dernière fois pour clore ce chapitre, sur l'importance primordiale, que revêt dans le fonctionnement d'un dispensaire de psychiatrie, l'approvisionnement régulier et le bon service de distribution de la Pharmacie Sociale du dispensaire.

La bonne marche de la Pharmacie assure au malade en post-cure la dose de drogue qui évitera la rechute.

Ce rôle est rendu plus aisé aujourd'hui avec l'apparition des Neuroleptiques-retard.

c) les formations d'hospitalisation à temps partiel, que ce soit "Hôpitaux de Jour" ou encore "Hôpitaux de Nuit" n'existent pas à Alger.

- La question qui se pose est la suivante :

Faudra-t-il créer à Alger et en Algérie ce type d'unités de soins ? alors que :

. les formations psychiatriques hospitalières "de type classique" destinées aujourd'hui à dispenser des soins intensifs, sont si peu nombreuses.

. La rupture affective malade-famille-malade (Rupture que se proposent d'éviter les hôpitaux de Jour et de Nuit) est encore rarement observée en Algérie.

Nous répondrons par la Négative à cette question, d'autant que"des Services de psychiatrie OUVERTS" ,"qui autorisent de nombreuses "sorties d'essai", permettent de mener en gros la même mission que les hôpitaux de jour et les Hôpitaux de Nuit, tout en préparant effectivement le stade de la Post-Cure.

Cette réponse négative ne préjuge pas de ce que sera dans un avenir plus ou moins lointain, l'évolution des mentalités, des attitudes et de la tolérance des populations algériennes vis à vis du malade mental.

d) En ce qui concerne "Foyers" et"Ateliers de Post-Cure" un raisonnement similaire nous permetde répondre par la même négative.

En effet est-il raisonnable de concevoir dans un pays où chomage et sous-emploi sévissent, de telles formations ?

L'équivalence "malade mental = Cas soc al-chomeur" est une réalité qui rend pour la grande majorité des malades mentaux, une réadaptation sociale par le travail pratiquement impossible.

Un argument économique de rentabilité viendrait en outre s'opposer, dans l'immédiat, à l'utilisation dans des ateliers de post-cure de moniteurs professionnels, de Techniciens et de pédagogues dont le circuit économique "normal" est lui même tant démuni.

e) Les Services de soins à domicile -

Cette formule offre de très nombreux avantages, notamment ceux de lutter contre l'encombrement hospitalier. Elle a été utilisé avec succès dans de nombreux pays européens et américains.

l'Hospitalisation à domicile exige néanmoins un personnel qualifié extrêmement nombreux ce qui est loin

d'être le cas dans notre pays.

"Les soins à domicile quelle que soit leur forme, permettent la présence des soignants au lieu de tension maxima entre le malade et son monde".

Cette présence à domicile est de nature à "établir des relations" avec le malade mais aussi avec l'entourage du malade.

Cette relation peut être utilisée de façon très positive comme point de départ d'une action psycho-thérapeutique vis à vis du malade lui même.

Elle permet aussi en cas de nécessité, une action psycho-thérapique de groupe sur l'entourage du malade.

Un dernier avantage et non le moindre de cette démarche de soins à domicile est de rendre possible le développement d'une Education Sanitaire et Sociale" "en profondeur" parce que sans cesse répétée, portée à domicile même.

La tolérance du groupe envers son malade ne peut s'en trouver que renforcée.

f) les formations psychiatriques pour oligophrènes et déments.

Pour ces affections psychiatriques qui nécessitent un hébergement et des soins très prolongés, existent des "centres de Sédimentation" qui restent encore dans l'état actuel des connaissances et des possibilités thérapeutiques en psychiatrie, des institutions, hélas, inévitables.

C'est le service de "Chroniques" type celui de THENIA à 60 km d'Alger ou encore celui de Koléa.

Pour ce groupe de malades, les "placements familiaux en milieu rural", ou encore la création de "villages pour handicapés", sont "des solutions" classiques qui

périodiquement ressurgissent, avec des fortunes diverses, dans la littérature psychiatrique.

Parmi ces trois voies nous n'avons à exprimer ici ni préférences ni suggestions particulières.

g) les Formations pour Alcooliques

L'éternel et stérile recommencement des "Cures" de Toxicomanes et d'alcooliques, le profil psychologique particulier qui en fait souvent des sujets socialement dangereux et peu récupérables, leur nombre somme toute limité en Algérie,

sont autant d'éléments qui nous feraient opter volontiers, dans un cadre algérois de 1970, pour une thérapeutique de type coercitif et règlementaire (cf thèse D. AZIEZ).

En fait Hôpitaux psychiatriques, dispensaires de psychiatrie, hôpitaux de jour, hôpitaux de Nuit, foyers et ateliers de post-Cure, formations spécialisées, de soins à domicile, d'oligophènes ou de Toxicomanes,
sont autant de FAUX PROBLEMES
dans le contexte algérien et même algérois de 1970.

Le fond du problème, c'est à dire l'écueil sur lequel risquent d'échouer les tentatives les plus réfléchies d'organisation de l'assistance psychiatrique à Alger et en Algérie est "un problème Humain", celui du personnel.

II - Formation du personnel

C'est la cruelle insuffisance actuelle en personnel qui doit conditionner l'effort à entreprendre aussitôt que possible pour sa formation en nombre et en qualité :

- médecins psychiatres,
- infirmiers psychiatriques

- assistantes sociales spécialisées en psychiatrie
- psychologues,
- électro-encéphalographistes.

a) Médecins , la Réforme entreprise pour adapter l'Université Algérienne aux conditions et besoins du pays comporte une Réforme des Etudes des Facultés de Médecine.

- Pour une formation psychiatrique au cours des Etudes Médicales

La Réforme des études médicales a été amorcée il y a quatre ans. Il y eut introduction, paralèllement à ce qui se faisait dans les facultés françaises, des SCiences Humaines et Sociales dans les programmes du C.P.E.M. (certificat préparatoire aux études médicales) et d'éléments de psychiatrie dans les programmes de la 5ème année.

Il est apparu à l'usage et de l'avis général, que ce premier pas vers l'inclusion à part entière de psychologie et de la psychiatrie dans les études de médecine, n'a eu qu'une portée très limitée.

Un enseignement de psychologie durant l'année du C.P.E.M. s'est avéré le plus souvent trop précoce.

En revanche un enseignement réduit de thérapeutique psychiatrique en 5ème année de médecine est à la fois trop insuffisant et trop tardif.

A ces programmes, il convient de noter que dans le courant des deux dernières années, un correctif important a été apporté.

Dans l'enseignement de pathologie médico-chirurgicale dispensé aux 3ème et 4ème années de médecine, une part vient d'être reconnue à la Psychiatrie.

Cette dernière discipline fait désormais l'objet d'un enseignement théorique de 8 heures au total (4 heures

en 3ème Année et 4 éme Année),

Cette mesure, malgré ses dimensions trop modestes encore, est à n'en pas douter un progrès certain.

Son impact réèl sur la formation médicale ne pourra être évalué qu'au cours des années à venir.

Il nous parait, toutefois, souhaitable de préparer et de potentialiser cet enseignement de psychiatrie par l'acquisition en 2ème année de médecine (et non plus en année propédeutique) de "bases en psychologie".

A cette formation théorique, pourront s'ajouter des stages cliniques pratiques d'une durée minimale de 6 mois et rendus obligatoires à l'instar de ceux de Pneumo-Phtisiologie ou de pédiatrie par exemple.

Pour plusieurs auteurs, dont J. GUYOTAT, ces trois éléments nouveaux, créent les conditions favorables à l'apparition d'omnipraticiens suffisamment compétents en psychiatrie pour pouvoir contribuer efficacement au dépistage précoce et à la surveillance de post-cure des malades mentaux.

-Dans le même ordre d'idées, un enseignement post-Universitaire en psychiatrie devra donner des résultats appréciables dans les domaines du maniement des neuroleptiques et de la coordination harmonieuse entre médecins psychiatres et Médecins Omnipraticiens.

-Enfin tout au long de notre présent travail, nous avons, en rapportant les difficultés de la psychiatrie en Algérie et dans le Grand Alger, insisté sur l'extrême faiblesse des effectifs en Psychiatres (3 Psychiatres pour I.300.000 Habitants).

Toute amélioration de cet état de fait passe obligatoirement par la formation, en grand nombre, de médecins

psychiatres, de médecins psychologues et électroencéphalographistes, de pédo-psychiatres.

Cette tâche de formation de cadres supérieurs en Psychiatrie et pour ces multiples raisons, une priorité et une urgence.

Des moyens de la susciter et de la promouvoir auprès des étudiants en médecine pourraient être aisément trouvés.

b) Infirmiers Psychiatriques

Le Grand Alger manque autant d'infirmiers psychiatriques que de psychiatres. Seule, pour toute l'Algérie, l'école para-médicale de Blida forme des aides-soignants en Psychiatrie.

Encore est-il que leur nombre est dérisoire (30 en 1966, 32 en 1967, 0 en 1968).

La mise en place et la multiplication, à l'avenir, des dispensaires de secteur ne manquera pas d'accroître la demande en infirmiers psychiatriques que ce soit en nombre ou en qualité.

En qualité, car il faudra alors en plus d'infirmiers des hôpitaux psychiatriques, des infirmiers de santé publique formés en psychiatrie.

Il importe, dès à présent, de former ces infirmiers en vue de leur travail dans les dispensaires de secteur .

c) Les Assistantes sociales en psychiatrie, ont à occuper une place de choix dans le système de lutte contre les maladies mentales.

De leur nombre et de leur qualification dépendra en grande partie le succès de l'assistance psychiatrique extra-hospitalière.

En assurant d'une part, aux liaisons, malades en post-cure-médecin, médecin-famille du malade, leur maximum

d'efficacité, en dispensant d'autre part, une certaine forme de psychothérapie, elles aideront à maintenir autour du malade, solidarité et sollicitude de son milieu naturel, sa famille.

Leur rôle d'information directe et d'éducation sanitaire du publiq, et en premier lieu des familles de malades est essentiel.

Une connaissance meilleure de "la maladie mentale" ainsi qu'une compréhension plus grande du fonctionnement de l'Assistance psychiatrique hospitalière et extra-hospitalière sont en effet deux éléments de nature à renforcer la tolérance de la famille vis à vis du malade et à en décider la collaboration dans les tâches de surveillance de post-cure.

Cette oeuvre d'éducation sanitaire, les assistantes sociales en psychiatrie ne pourront s'y consacrer que si elles sont formés en grand nombre pour quadriller étroitement une population où les malades mentaux ont pour caractéristique de constituer de façon quasi habituelle, autant de cas sociaux aux problèmes complexes et longs à résoudre.

C O N C L U S I O N S

Que faut-il retenir en conclusion de cette rapide revue de la situation et des perspectives de la Santé Mentale dans le Grand Alger ?

I.- D'abord une <u>situation préoccupante</u> sans cesse aggravée par une conjoncture exceptionnelle :

. accroissement formidable de la population de la ville (80 000 habitants de plus chaque année).

. des mutations particulièrement rapides au sein de cette population, affectant les domaines les plus divers, social, économique, culturel ...

. en psychiatroe, l'accroissement des "besoins" qui en résulte, va beaucoup plus vite que celui des possibilités très limitées en équipements, budget et surtout en personnel qualifié à tous niveaux.

Face à cette situation mouvante et qui risque de mener à de graves discordances, nous avons retenu <u>trois constantes</u> rematquables

1/ la première est l'exceptionnelle solidité, à Alger et en Algérie de la structure familiale.

La solidarité indéfectible des membres d'une même famille algérienne représente, pour de nombreuses années encore, l'assurance pour le malade mental de trouver dans son milieu familial le cadre naturel et indispensable de réinsertion.

2/ la seconde, ce sont les réels progrès de la thérapeutique psychiatrique, et tout particulièrement, la mise au point récente de neuroleptiques à effet prolongé, dont les chefs de file sont les dérivés à action-retard de la fluophénazine, oenanthate et décanoate. Ils permettent d'espérer dans un avenir proche, voir cette réinsertion sociale des malades mentaux devenir plus facile et plus tangible.

3/ la troisième constante pourrait être constituée par la permanence de l'option des autorités sanitaires du pays pour une médecine de type collectif s'organisant autour des dispensaires polyvalents de secteur.

Dans une politique de lutte contre les maladies mentales, ces trois points sont au départ de véritables lignes de force. Ils donnent la mesure de l'importance du rôle que l'Assistance Extra-Hospitalière en psychiatrie aura à tenir dans le Grand Alger.

II.- En fait dans l'état actuel des choses, "la solution" qui fera évoluer favorablement le problème, nous paraît résider, bien plus qu'en des extensions de l'infrastructure hospitalière existante, en une formation de personnel médical et para-médical spécialisé, suffisamment diversifié, mais surtout en nombre aussi important que possible.

Seul "un encadrement serré" par un personnel nombreux et qualifié, pourra faire aboutir une Assistance Psychiatrique Extra-Hospitalière dans le Grand-Alger et en Algérie, au succès.

A N N E X E S

GRAND ALGER

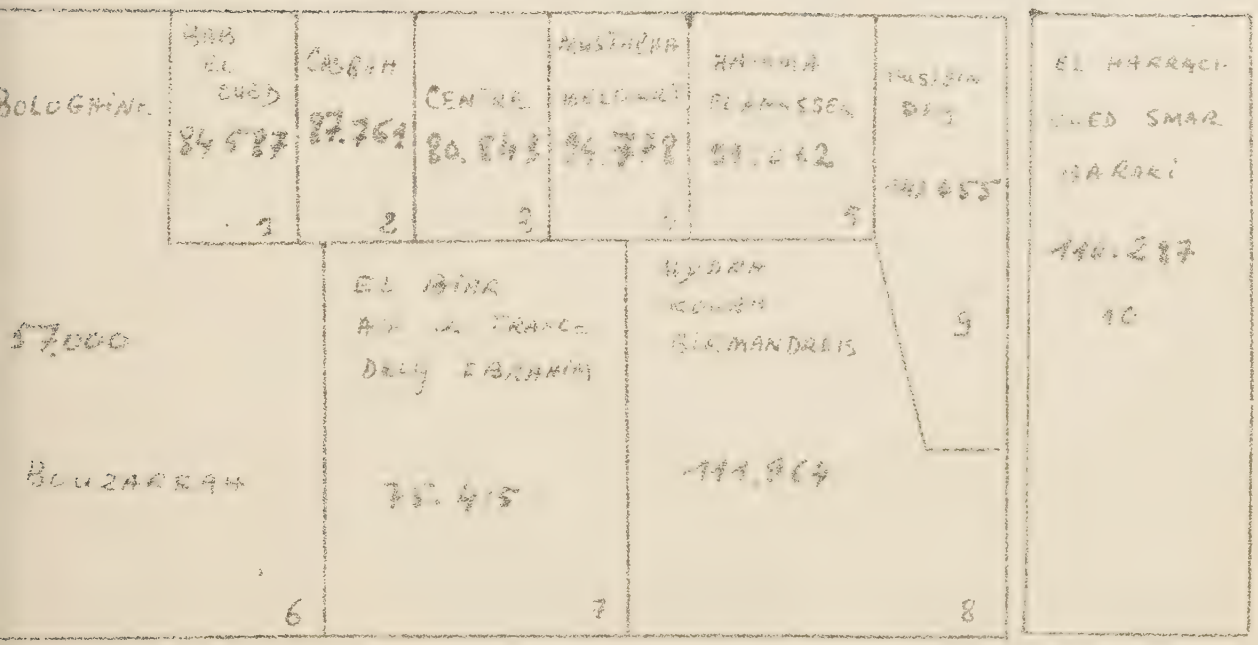
Echelle 1/100 000e

Limites de la ZONE du Grand Alger (Les 10 ARRONDISSEMENTS administratifs)

Limites de la ZONE URBAINE du grand Alger AVEC les communes de la Couronne

POPULATION du GRAND ALGER par ARRONDISSEMENT

Recensement Total (1966) : 943 181



Évolution [illegible] d'Alger de 1936 à 1966

(en milliers d'habitants)

Population d'Alger	1936	1947	1954	1966
Algériens	222	337	532	943
Européens	111	326	379	52
TOTAL	340	473	820	964

Janvier 1961 : La population de grand Alger y compris la
Commune de la Casbah [illegible] est
estimée à [illegible]

LA VARIATION des Taux de NATALITÉ, MORTALITÉ et d'ACCROISSEMENT avec les ARRONDISSEMENTS.

ARRONDISSEMENT	Taux de NATALITÉ pour mille	Taux de MORTALITÉ pour mille	Taux d'ACCROISSEMENT pour mille
1° BAB-EL-OUED	51,84 ***	6,26	45,58
2° CASBAH - OUED KORINE	31,75	14,29 ****	17,46
3° ALGER CENTRE	57,31 ***	4,06	53,25
4° MUSTAZHA - BELCOURT	152,27 *	37,09 *	115,18
5° CLOS-SALEMBIER HAMMA - EL-ANASSER	39,52	7,11	32,41
6° BOLOGHINE - BOUZAREA	51,41 **	6,77	44,64
7° EL-BIAR AIR de FRANCE DEY IBRAHIM	31,35	8,95	22,40
8° KOUBA - BIRMANDREIS	31,51	5,56	25,95
9° HUSSEIN DEY	65,98 **	11,50	54,13
10° EL HARRACH OUED SMAR RARAKI	43,71	6,87	36,84
TAUX MOYEN	55,60	10,94	44,77

* Proximité de l'Hôpital MUSTAZHA

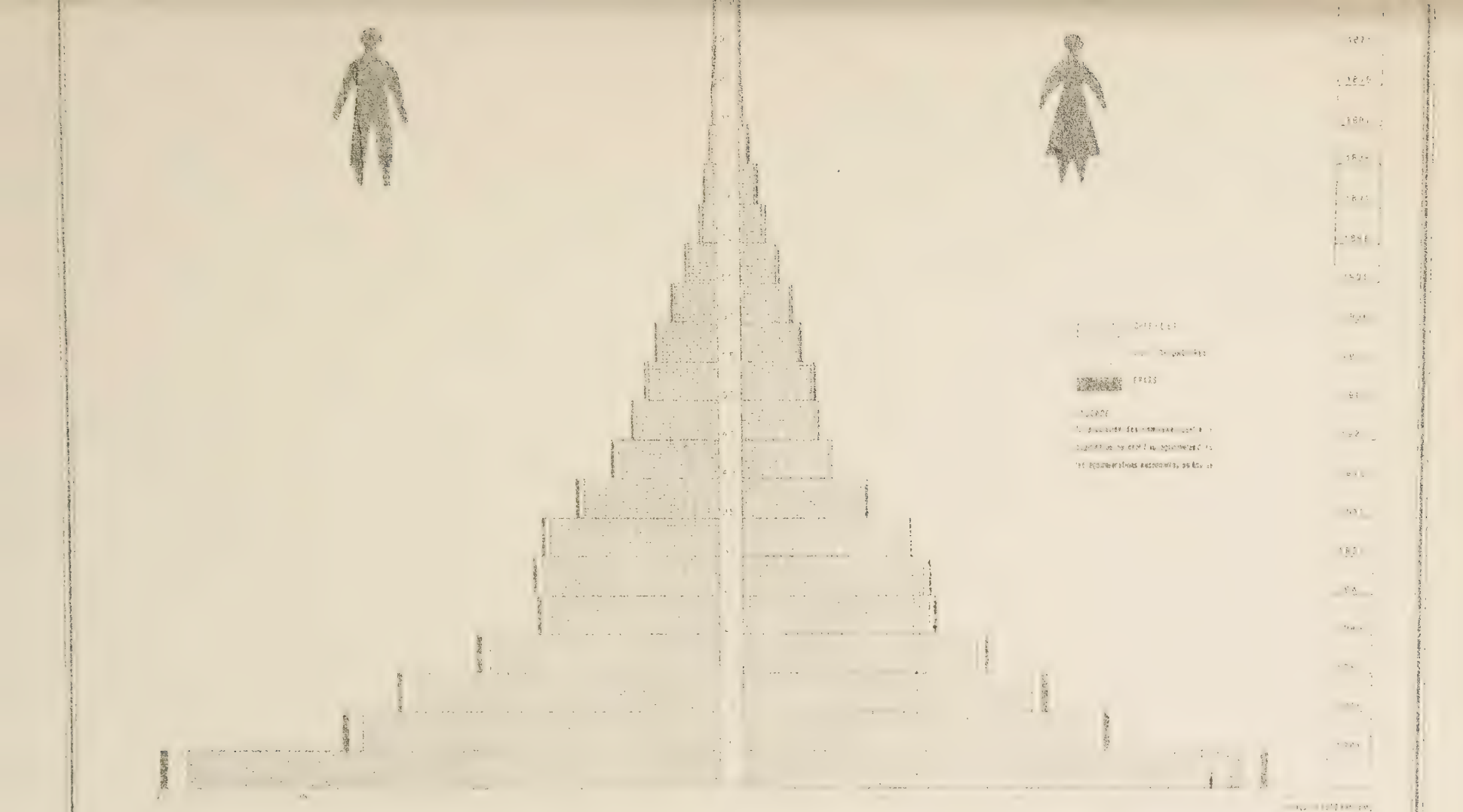
** Proximité de l'Hôpital PARNET

*** Proximité de Cliniques d'Accouchements

**** Proximité de l'Hôpital d'El-KETTAR

Répartition par groupes d'ages de la population du Grand Alger (Recensement 1966)

AGE	POPULATION	Pourcentage
0 à 4 ans	200.000	21%
5 à 19 ans	335 000	36 %
20 à 49 ans	302 000	31 %
> à 49 ans	107 000	12 %
TOTAL	944 000	100 %



ALGERIE RECENSEMENT DE 1966

PYRAMIDE DES GROUPES QUINQUENNAUX EXPLOITATION EXHAUSTIVE

GRAND ALGER

SECTORISATION Psychiatrique du Grand ALGER
les Cinq SECTEURS de 1967-1968

SECTEUR I

SECTEUR II

SECTEUR III

SECTEUR IV

SECTEUR V

: ARRONDISSEMENT

△ dispensaire de Secteur

Clinique DRID HOCINE - Services de Cure

C.H.U. et SERVICE de Psychiatrie IBN IMRANE (urgences et diagnostic)

Limites de SECTEURS Psychiatriques

Limites d'ARRONDISSEMENTS

Limites du Grand-ALGER

ANNEXE VIII

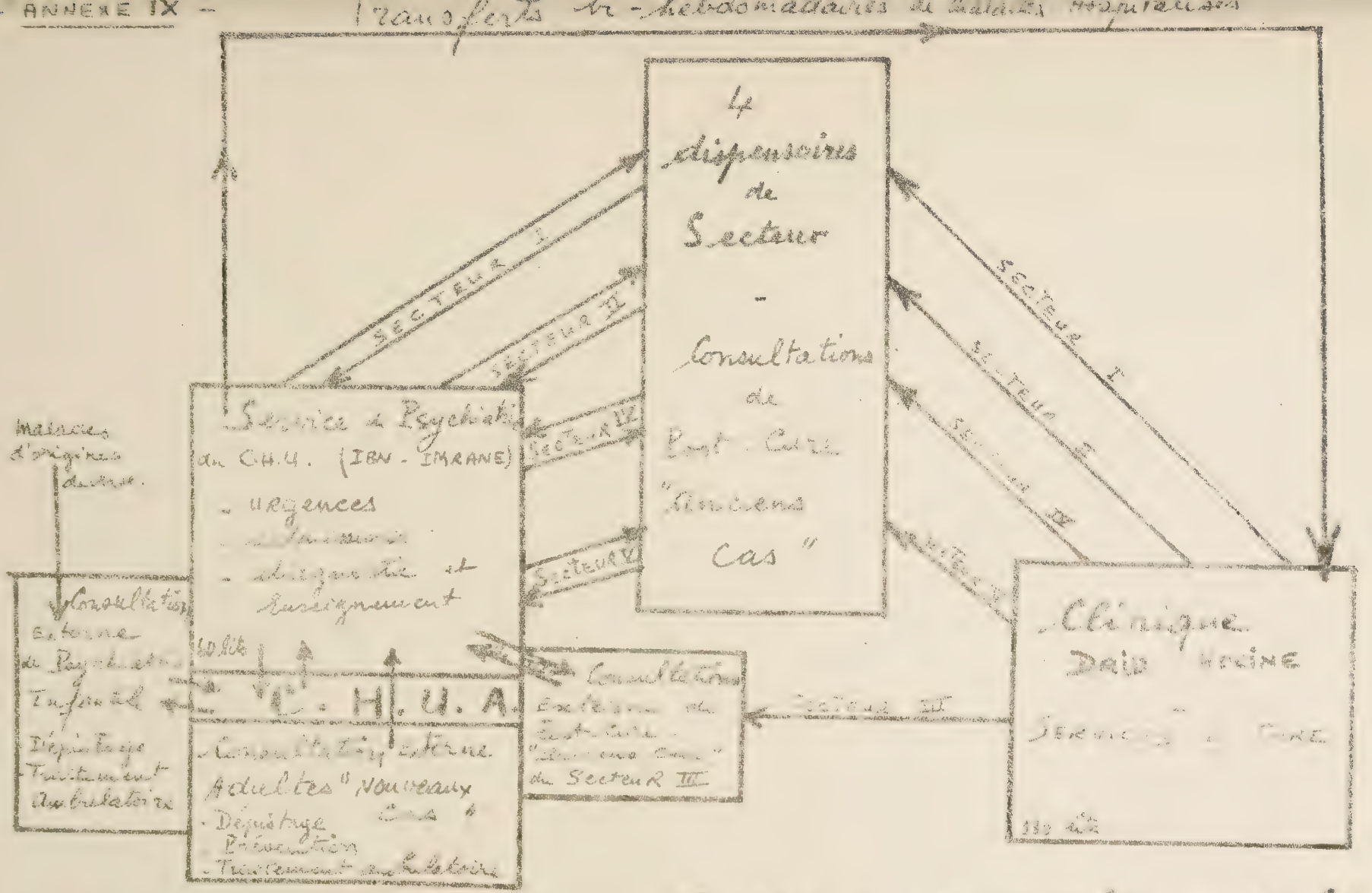
C ENN T R E D' H Y G I E N E P S Y C H O S O C I A L E

(Grand Alger et Secteur Sanitaire d'Alger)

Rapport du Dr. Benmiloud
- Avril 1967 -

ECTEUR	Arrondissements Municipaux	Population desservie	Dispensaire choisi	Remarques
I	- 1er (Bab-El - Oued) - 6ème (Bouzaréah - Village celeste) - Littoral Ouest = Bologhine Ain Benian - Staoueli Zéralda - Saoula	200.000 Habitants	Rue Léon ROCHES ou dispensaire Polyvalent de Bab - El - Oued	- Niveau économique = moyen rabaissé par celu de Bab-El-Oued et du Village Celeste - densité = Population concentrée à Bab-El-Oued, dispersée ailleurs
II	- 2ème (Casbah) - 7ème (El Biar) - Cheragas - Douéra DRARIA - Dély IBRAHIM	250.000 Habitants	Ali Aït IDIR	- Niveau économique = mauvais à la Casbah - densité Population concentrée à la Casbah
III	- 3ème (Alger - centre) - 4ème (Belcourt sauf jardin d'Essais et El Anassers - 5ème (Cos Salembier) - Une partie du 8ème : Hydra Parc Hydra - Mouradia Golf BIRKADEM	280.000 habitants	Rue AUBER	- niveau économique = moyen - densité Population dispersée

TEUR	Arrondissements Municipaux	Population desservie	Dispensaire choisi	Remarques
IV	- 8ème (Hydra - Sauf le parc Hydra) - 9ème Hussein - DEY - une partie du 4ème (Jardin d'Essais et El - Anassers) - Cité les Eucalyptus	270.000 Habitants	Centre de santé de Hussein DEY	- niveau économique = moyen médiocre dans le secteur de Bouba (Sidi -Yahia, Birmandreis - densité Moyenne
I	- 10 ème (El - Harrach) - Littoral Est = Groupe pénitencier d'El Harrach Dar El Beïda - Bordj El Kiffan Retour de la Chasse -Ouled Fayet Oued Smar - Baraki - Hamiz Baba Ali - Baba Hassen	275.000 Habitants	Centre de santé d' El - Harrach	- niveau économique médiocre - densité population fortement concentrée à El Harrach trés dispersée ailleurs



→ les flèches indiquent le sens de la circulation des malades.

Schéma de L'Organisation de la lutte Contre les Maladies Mentales dans le Grand-Alger. Sectorisation 1967-1968

B I B L I O G R A P H I E

B I B L I O G R A Γ H I E

1 - AHRENFLEDT R.H.

La notion d'Hygiène mentale. Encyclopédie Médico-Chirurgicale - Psychiatrie - III - 37960A10.

2 - AIT SISELMI

Planification des Services de Santé Mentale en Algérie. THESE - Alger - 1969.

3 - AMIEL R. et ARMAND-LAROCHE J.L.

Les établissements extra-hospitaliers - E.M.C. - Psychiatrie - III - 37956A10

4 - AUDISIO M. et Coll.

Essai systématique d'un neuroleptique à action prolongée, l'Oenanthate de Fluphénazine en Psychiatrie hospitalière et extra-hospitalière (Communication au colloque sur l'Oenanthate de Fluphénazine de Sotteville-les-Rouen - oct. 1968 - Lab.Squibb)

5. AZIEZ M. S.

Contribution à l'étude de l'alcoolisme en Algérie. Thèse Alger 1970

6 - BABAJAN E. A.

Services Psychiatriques extra-hospitaliers. Conférence sur la planification des Services de Santé Mentale - O.M.S. 1968

7 - BAILLY-SALIN P.

Problèmes d'intégration d'une équipe de Secteur de Santé Mentale dans l'ensemble des Services mis par la collectivité à la

disposition des malades mentaux.
Conférence sur la planification des Services de Santé Mentale - O.M.S. - avril 1968.

8 - BARDENAT et BEGARRA

Hygiène mentale et organisation du travail en Algérie. Hygiène mentale - Mai 1961.

9 - BARUK H.

Psyhciàtrie sociale - P.U.F. 1968 (Que sais-je n° 669).

10 - BARUK H.

Le rôle social de l'Hôpital Psychiatrique.
Information Psychiatrique 1966 n° 6 - pp. 381-383.

11 - BAYON N.

Les voies de la guérison mentale.
Gazette médicale de France. Tome 76 n° 7 - 1969 - pp. 1439-1446.

12 - BAYON N.

Pédo-psychiatrie à l'usage du praticien.
G.M.F. - Tome 76 n° 2-1969 - pp. 375-380.

13 - BENMILOUD Kh.

Rapport sur l'organisation psychiatrique extra-hospitalière pour le Grand Alger et le Secteur Sanitaire d'Alger. Avril 1967.

14 - BENMILOUD Kh.

Principe d'une assistance psychiatrique extra-hospitalière en Algérie.

Rapport présenté à la Société Algérienne de Neurologie - Psychiatrie et Hygiène mentale - Avril 1964.

15 - BENOISTON J.E.

La lutte contre les maladies mentales.
Cours de Santé Publique de l'Ecole Nationale de Santé Publique de Rennes - 1968 - non édité.

16 - BENSMAIL B.

Pour une politique de Santé Mentale.
Rapport de situation de l'Est Algérien - Janvier 1969.

17 - BERNARD P.

Rapport sur une visite en Algérie - 22 mars-7février 1968 - L'information Psychiatrique.

18 - BERNER P.

Psychopathologie des migrations.
E.M.C.-Psychiatrie - III - 37880A10

19 - BLEULER, LEBOVICI et Coll.

L'enseignement de la psychiatrie et de l'Hygiène mentale - Cahiers de Santé Publique n° 9 - 1969.

20 - BOISSIER J.R. et Coll.

Etude pharmacologique d'un neuroleptique à action prolongée, l'Oenanthate de Fluophénazine.
Medicina Pharmacologica Experimentalis - Tome 14 n° 5 - pp. 435-442 - 1966.

21 - [illegible] et Coll.

Incidences relationnelles et résultats du traitement par l'O. F. en pratique hospitalière et en post-cure - Psychologie médicale 1970 n° 1.

22 - BOURDIEU P.

Sociologie de l'Algérie - P.U.F. 1963 (Que sais-je n° 802)

23 - BRISSET Ch. et RIDARD M.

Méthodes d'étude. Place de la psychopharmacologie dans la thérapeutiques psychiatrique - E.M.C. - Psychiatrie - III - 37 860 A 30.

24 - BROUSSOLE P.

Le Secteur en Psychiatrie -
Annales médico-psychologiques - 1965 n° 3 - pp. 417 - 432.

25 - BURLOUX G.

Un groupe de médecins praticiens dans le cadre d'un secteur d'Hygiène mentale.
Information psychiatrique - 1969 n° 4 - pp. 399-400.

26 - BURNER M. - CANTONI R. - MULLER C. et VILLA J.L.

Psychothérapie de groupe. Traitement ambulatoire et réhabilitation dans le traitement de la schizophrénie -
E.M.C. Psychiatrie - I - 37 295 E 10.

27 - CADDOUR E.

Etude sur la sectorisation de l'Assistance Psychiatrique en Algérie. - Rapport présenté à la Société Algérienne de Neurologie-Psychiatrie et Hygiène Mentale - avril 1964.

28 - CARO G.

La médecine en question.
THESE - Paris 1967 - François MASPERO - 1969.

29 - CHALIER J.C.

Essai de synthèse sur la relation thérapeutique à propos de l'utilisation clinique de la Fluphenazine - THESE - Lyon - 1967

30 - CHANOIT P.

La notion d'équipe en psychiatrie
Evolution psychiatrique - 1967 - T. 32 - pp. 37 - 64.

31 - CHANOIT P.

Le travail en équipe.
Evolution psychiatrique - (- pp. 647 - 656.

32 - CHAULET P. et la 5e Commission de l'A.P.C. d'Alger.
Rapport sur l'équipement de la ville d'Alger en Centres de Santé et en dispensaires.

33 - Commissariat National au Recensement - 1967
Recensement Général de la population en 1966.

34 - Conseil National économique et social.
Les Problèmes de Santé Publique en Algérie (rapports du C.N.E.S.)

35 - DAUMEZON G.

La sociothérapie. - Revue du Praticien XIX - n° 9 - 1969

36 - DAUMEZON G. - TOSQUELLES F. et PAUMELLE Ch.

Le fonctionnement thérapeutique - E.M.C. Psychiatrie - III - 37 930 A 20.

37 - DAUREZON G., TOSQUELLES F., et PAUMELLE Ch.

Organisation thérapeutique de l'Hôpital Psychiatrique.
E.M.C. - Psychiatrie - III - 37 930 A 10.

38 - DELAY J., DENIKER et Coll.

Intérêt des composés d'activité prolongée sur la conduite des cures neuroleptiques à propos de l'O.F. -
La presse médicale - 75 n° 24 - 1967

39 - DUCHENE H.

Les services psychiatriques publics extra-hospitaliers.
Rapport d'assistance présenté au Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue française - Tours - juin 1959 - Ed. Masson.

40 - ELLENBERGER H.F.

Ethno-psychiatrie - E.M.C. - Psychiatrie - III - 37 725 A 10 et 37 725 B 10.

41 - EY H.

Méthodes et techniques thérapeutiques en Psychiatrie.

42 - EY H., BERNARD P. et BRISSET Ch.

Manuel de Psychiatrie - Ed. Masson)

43 - EY H.

La Psychiatrie psychosociogénétique -

E.M.C. - Psychiatrie - I - 37 005 A 20.

44 - EY H.

Mouvements doctrinaux de la psychiatrie contemporaine -
E.M.C. Psychiatrie - I - 37 005 A 30.

45 - FOUKS L. et Coll.

Originalité et intérêt de la Fluophénazine retard (oenanthate) - 66e Congrès de Psychiatrie et neurologie de langue française - sept. 1968 - Clermont-Ferrand.

47 - GARONNE C. et CHERPILLOD C.

L'équipe psychiatrique.
E.M.C. - Psychiatrie - III - 37 959 A 10

48 - GUYOTAT J. et Coll.

Psychiatrie et Formation psychologique du médecin.
Rapport présenté au Congrès de Psychiatrie et Neurologie de langue française - juillet 1967 - (éd. Masson).

49 - GUYOTAT J.

Perspectives Actuelles de la Psychiatrie.
Revue du praticien - XVIII - n° 31 bis - pp. 111 -118.

50 - Information Psychiatrique - 45 - n° 8 - oct. 1969

La Psychiatrie en Algérie - numéro collectif.

51 - KERAMANE N.

Troubles mentaux de guerre et d'après-guerre -
Thèse - Alger - 1967.

52 - KOECHLIN Ph. et Ed.

L'individu malade, l'institution et le secteur.

Information psychiatrique - 1969 - 45 - pp. 395 - 398

53 - KOUIDRI B.

La tuberculose dans le Grand Alger : le rôle du dispensaire antituberculeux - Thèse - Alger - 1968.

L'organisation des soins de santé mentale dans les pays en voie de développement.
Rapport à la semaine d'Hygiène et Santé Publique. Bordeaux - mars 1963 - Revue d'hygiène et médecine sociale - Tome XI n° 6.

55 - Laboratoires SQUIBB

Dossier Moditen-Retard.

56 - LAI G.P., KAUFMANN L. et MULLER C.

Psychothérapie individuelle et psychothérapie de famille dans le traitement de la schizophrénie.
E.M.C. Psychiatrie - I - 37 295 C 10.

57 - LAMBERT P.A. et Coll.

L'O. de F. produit neuroleptique retard utilisable dans le traitement extra-hospitalier des psychoses chroniques.
Le journal de medecine de Lyon n° 1116 - pp. 351 - 355 - mars 1967.

58 - LAMBERT P.A. et Coll.

Place de l'O. de F. dans la thérapeutique psychiatrique actuelle.
Revue de Psychologie médicale - 1969.

59 - LAMBERT et Coll.

Traitement maniable des psychoses chroniques en pratique ambulatoire -
Semaine des Hôpitaux - n° 9 - 1967 - pp. 539 - 542.

60 - LEFORT G.

Parallélisme entre l'évolution des traitements intra et extra-hospitaliers et l'appa rition d'une médication à effet prolongé l'O. de F. - Thèse - PARIS - 1969.

61 - LE GUILLANT L.

La médecine Publique face aux maladies mentales.

62 - LEREBOULLET et Coll.

La neuropsychiatrie en 1968
Revue du praticien - XIX - n° 9 - 1969

63 - MARQUER J.

La place des chimiothérapies dans la pratique psychiatrique à propos d'une expérience nouvelle, le neuroleptique retard - Thèse Bordeaux- 1970

64 - MEMMI A.

Portrait du colonisé, suivi de Portrait du Colonisateur - (Collec. Liberté - J.J.Pauvert - éd.)

65 - MIGNOT H.

Le "Secteur" - E.M.C. - Psychiatrie - III - 37 915 A 10.

66 - Ministère de l'Education Nationale de la R.A.D.P.

Evolution de l'encadrement médical en Algérie - 1969-1980 - Série "Documents".

67 - Ministère des Finances et du Plan de la R.A.D.P.

Cartographie de la Santé - Alger - janvier 1969.

68 - MIROGLIO A.

Psychologie des Peuples - P. U. F. - 1962 - Que sais-je n° 798

69 - MURPHY H.B.M.

Méthodologie de recherche en socio-psychiatrie et en ethno-psy-

chiatrie - E.M.C. - Psychiatrie - III - 37 720 A 10

70 - Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.)

Cahiers de Santé Publique n° 1.

71 - O.M.S. - Chaiers de Santé Publique n° 22.

72 - O.M.S. - Classification des activités des Services de Santé Mentale - EURO 4 200 - rapports - novembre 1969

73 - O.M.S.

Planification sanitaire dans les pays en voie de développement - Série Rapports techniques - n° 350 - Genève - 1967.

74 - O.M.S.

Planification des Services de Santé Publique - Série Rapports Techniques n° 215 - Genève - 1961

75 - O.M.S. et Santé Mentale de 1949 à 1961

Revue d'Hygiène et médecine sociale - Tome 15.

76 - Rapport de Statistiques sanitaires mondiales - O.M.S. - volume 22 n° 3 - Genève 1969.

77 - PAUMELLE P., BROUIN J., WOODBURY M.A. et M. et Coll.

Le travail Psychiatrique à domicile en France et au Québec. L'information Psychiatrique - 45 - n° 10 - décembre 1960.

78 - PEIGNE F.

Dépistage et modes de début de la schizophrénie - Gazette Médicale de France - 76 - n° 25-1969 pp. 4795 - 4802.

79 - PÉLICIER Y.

Intégration des données sociologiques à la Psychiatrie Clinique. Rapport de psychiatrie au Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue française - septembre 1964 (éd. Masson).

80 - Rapport du Séminaire de Londres 1964 sur l'action de Santé Publique et la prévention des maladies mentales.

Revue d'Hygiène et Médecine Sociale - 15 - 1967

81 - Rapport du Séminaire de septembre 1965 sur les services psychiatriques extra-hospitaliers.

Revue d'Hygiène et de Médecine sociale - Tome 15.

82 - RIDOUH B.

Criminalité et délinquance juvénile en Algérie.
Thèse - Alger - 1970

83 - SECRETARIAT SOCIAL D'ALGER

De l'Algérie originelle à l'Algérie moderne - 1961

84 - SECRETARIAT SOCIAL D'ALGER

Le monde des femmes et son entrée dans la cité - 1967

85 - SECRETARIAT SOCIAL D'ALGER

Les Algérois dans le Grand Alger - 1969 - SNED

86 - SECRETARIAT SOCIAL D'ALGER

Le monde rural et le monde urbain - 1969 - SNED

87 - SECRETARIAT SOCIAL D'ALGER

Algérie Nouvelle et semblable - 1970 - SNED.

88 - SIVADON

Sociogenèse des troubles mentaux.
Revue d'Hygiène et médecine sociale - Tome 15

89 - STERLIN C.

Etre psychiatre de secteur.
Information Psychiatrique 1969 - 45 n° 7 - pp. 761-763.

90 - TECHNIQUES HOSPITALIERES MEDICO-SOCIALES et SANITAIRES.

L'hôpital de Jour du 13e Arrondissement de PARIS - n° 277 - 1968

91 - VERMOREL H.

Politique de Secteur et psychothérapie institutionnelle.
Information Psychiatrique - 44 n° 2 - 1968 - pp. 131-143.

92 - VERMOREL H. et VERMOREL M.

Essais sur l'évolution de l'Hôpital Psychiatrique.
Information psychiatrique - 5 - n° 2 - 1966 - pp. 117 - 141

93 - WALSH D.

Comment organiser les Services de Santé Mentale.
Rapport à la Conférence de Madrid sur la planification des Services de Santé Mentale - avril 1968.
Revue d'Hygiène et Médecine Sociale - 17 - n° 1.

94 - WILKINS M.O., SALES M. et GATINEAUX J.M.

Premiers résultats sur l'utilisation de l'O. de F. dans trois services hospitaliers psychiatriques.

66e Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue française Clermont Ferrand - septembre 1968.

95 - WOOD BURY M.

L'équipe thérapeutique - Principes de traitement somato-psycho-social des Psychoses.

Information Psychiatrique - 5 - n° 10 - 196[illegible].

-:-:-:-:-

Vu le Président du Jury

Signé :

Pr M. A. MERIOUA

Vu le Doyen

Signé :

Vu et permis d'imprimer

Alger, le

Le Directeur de l'Enseignement Supérieur,

signé :